

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

**INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA ICTERÍCIA
FISIOLÓGICA**

Relatório de estágio

Relatório Final de Estágio orientado pela Professora Doutora Marinha Carneiro

Ángela Pérez Cal

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

**INFLUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA ICTERÍCIA
FISIOLÓGICA**

FEEDING INFLUENCE OF PHYSIOLOGICAL JAUNDICE IN THE NEWBORN

Relatório de estágio

Relatório Final de Estágio orientado pela Professora Doutora Marinha Carneiro

Ángela Pérez Cal

AGRADECIMENTOS

Este trabalho põe término a um vasto processo formativo em que foi investido muito esforço, dificuldades e receios, mas também criadas muitas expectativas e ilusões. Por essa razão gostaria de agradecer às pessoas que me acompanharam nesta jornada, tornando mais fácil este percurso.

À Professora Doutora Marinha Carneiro, pela orientação, dedicação, compreensão, incentivo e pelo aporte de conhecimentos e ciência à minha formação.

Ao serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar São João e a todos os profissionais que nele trabalham, pelo seu acolhimento, dedicação e por me permitirem a minha formação.

À enfermeira especialista Sandra Pimenta, pelo seu acolhimento, esforço, disponibilidade para ensinar e porque a ela devo parte da profissional que sou hoje.

À enfermeira especialista Teresa Sendão, pela sua exigência, dedicação e luta em cada parto.

À enfermeira especialista M^a João, por fortalecer o aporte e rigor científico às práticas de Enfermagem.

A minha colega de casa, Marisa, pelas suas horas de dedicação na leitura deste trabalho, mas sobretudo por cada palavra acertada, por cada sorriso e pelo carinho.

Aos meus amigos a quem lhes retirei tempo e atenção para a realização deste mestrado, mas que se mantiveram sempre ao meu lado. Especialmente a ti, por me dizeres um dia “a vida é longa demais para fazeres algo que não gostas, mas curta demais para perderes tempo”, e também a ti, por me dizeres “decidido? Pois adiante, não vou ser eu quem te corte as asas”.

A ti, Sandrina, por todo o teu tempo dedicado para permitir que iniciasse este percurso e por continuares aí, apesar da distância.

A ti, Alícia, por seres o ar fresco desde o primeiro dia, por tudo em que te convertes-te na minha vida, muito obrigada por seres a melhor companheira inimaginável para este longo caminho percorrido, que mal acaba de começar agora.

A ti, por me acompanhares na sombra durante este percurso, pela tua paciência infinita, por ouvires os meus desânimos e por seres o meu apoio incondicional, sobretudo nesta última fase do caminho.

À minha família, por acreditar em mim, bem mais do que eu própria. Em especial a ti, que me incentivaste orgulhosa nos meus inícios, embora nunca me visses terminar.

E por fim, aos meus pais, sem eles nada teria sido possível. Obrigada por me fazerem ser quem sou, pelo vosso apoio incondicional e por nunca duvidarem desta minha decisão.

ABREVIATURAS

ABM - Academy of Breastfeeding Medicine

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EGB - Estreptococo do Grupo B

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

IMC - Índice de Massa Corporal

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

Kcal - Kilocalorias

Mg/dl - Miligramas/decilitros

ml/h - Mililitros/hora

MSSSI - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Mosm - Miliosmoles

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ROC - Receiver Operating Characteristic

ROD - Retenção do Ovo Desvitalizado

SEGO - Sociedad Española de Ginecología y Obstetrícia

UGT- Uridina Difosfoglicuronato Glicuronosil-Transferase

UNICEF- United Nations International Children's Emergency Found

RESUMO

O presente relatório de natureza profissional visa descrever e refletir sobre o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Assim, descreve o processo formativo nas áreas da gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto, tendo por base o Regulamento de Competências de Cuidados Especializados preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Para o desenvolvimento do processo de cuidados aos casais e suas famílias procede-se a uma fundamentação das intervenções nas diferentes áreas, sempre com o objetivo de promover uma transição para a parentalidade positiva.

Neste percurso formativo deu-se uma atenção especial à icterícia fisiológica do recém-nascido por ter sido alvo de debate em contexto clínico. Após o nascimento, nos primeiros dias do puerpério, o recém-nascido pode apresentar icterícia fisiológica. Atualmente, a possível influência do tipo de alimentação nos níveis de bilirrubina, tem levado a intervenções díspares no que se refere a alterar a alimentação do recém-nascido quando diagnosticada esta situação. Consequentemente, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de comparar a influência da amamentação exclusiva, a alimentação mista e a alimentação com leite adaptado nos níveis de bilirrubina do recém-nascido.

Assim sendo, vários estudos apontam para a relação entre a amamentação exclusiva e os elevados níveis séricos de bilirrubina. Diferentes hipóteses foram assinaladas como causa desta relação, no entanto, aquela que foi mais frequentemente apresentada foi a ingestão calórica insuficiente. De acordo com esta hipótese, os reforços da alimentação podem estar indicados. No entanto, atendendo à composição do leite materno, não se evidenciam inconvenientes em reforçar a alimentação com o mesmo.

Ainda, e tendo em atenção os inúmeros benefícios que o leite materno apresenta, é propícia a realização de novos estudos que relacionem de forma diferenciada os três tipos de alimentação. Além disso, é necessário investigar os benefícios do reforço com leite materno e a sua influência nos níveis de bilirrubina quando comparado com o reforço habitualmente fornecido de leite adaptado.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Icterícia, Alimentação, Hiperbilirrubinemia fisiológica.

ABSTRACT

Title: Feeding influence of physiological jaundice in the newborn.

This work aims to describe and reflect about the process of acquisition and development of skills in order to obtain the degree of Master in Maternal Health Nursing and Midwifery area. It describes the process of developing skills throughout the areas of attention on midwifery such as pregnancy, labour and postpartum, meeting the guidelines of specialized care presented by the Portuguese Council of Nursing. The interventions planned and implemented in couples and their families were always theoretically supported in different areas of care, intending to promote a positive transition to parenthood.

In this trajectory, it was paid special attention to newborn physiological jaundice because this topic has been discussed during the internship. After being born, in the very first days, the newborn can have physiological jaundice. Nowadays, the kind of alimentation may influence in the levels of bilirubin, and this has brought different interventions in the alimentation of the newborns when this situation is diagnosticated. Therefore, it is reported a scientific research, in order to compare the influence of exclusive breastfeeding, mix breastfeeding and exclusive breastfeeding with fed formula in the bilirubin's levels.

The research seems to relate the exclusive breastfeeding and an elevation of bilirubin's levels. Different hypothesis could be the cause of this relation; despite the one that was the most repeated was the insufficient caloric ingestion. According to this hypothesis, reinforcing alimentation may be indicated. Nevertheless, according to the maternal milk's composition, there is no evidence in reinforcing the alimentation with maternal milk.

Knowing the innumerable benefits of maternal milk, more studies should be done in order to analyze the relation independently the three kind of alimentation and in those studies the exclusive breastfeeding should be supported by the professional in order to guarantee success.

Besides, it is also necessary to investigate on the benefits of the maternal milk supplement and its influence in the bilirubin's levels when compared with the formula milk.

Keywords: Midwifery care, Jaundice, Feeding, fisiologic hyperbilirubinemia.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. CUIDAR NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	19
2. CUIDAR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	33
3. CUIDAR NO PÓS-PARTO.....	55
3.1. Aquisição de competências no pós-parto.....	55
3.2. A icterícia fisiológica do recém-nascido e o tipo de alimentação.....	72
3.2.1. Problema em estudo.....	75
3.2.2. Método.....	76
3.2.3. Discussão.....	86
3.2.4. Considerações finais.....	90
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	93
CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	99

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise dos artigos selecionados para a Revisão Integrativa da Literatura.....	84
---	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Partos executados e assistidos.....	98
--	----

FIGURA 2: Puérperas e RN cuidados	99
--	----

FIGURA 3: Vigilância de grávidas	99
---	----

INTRODUÇÃO

Atualmente, no percurso formativo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto, insere-se no segundo ciclo, a opção da realização de um estágio profissionalizante. Este estágio que se desenvolveu em âmbito clínico, decorreu nas áreas: Gravidez com complicações, Trabalho de parto e Pós- parto.

Relacionado com o percurso do mesmo, realizou-se o presente relatório que visa descrever, refletir e fundamentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências nas diferentes áreas.

Ainda, e atendendo à repercussão que a prática baseada na evidência tem na qualidade dos cuidados, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, sobre uma matéria, tema de debate e de intervenções díspares em contexto clínico. Assim, a influência da alimentação do recém-nascido nos níveis séricos de bilirrubina tem sido alvo de debate em contexto clínico. Por esse motivo, justificou-se a realização duma revisão integrativa da literatura sobre o tema supracitado. Na sua realização consideraram-se três métodos de alimentação, incluindo como tal, a amamentação exclusiva, a alimentação com leite adaptado e a alimentação mista. Deste modo, permite-se levar à prática os conhecimentos científicos mudando ou melhorando as intervenções em benefício do recém-nascido e da família.

Em síntese, este processo permite apresentar os conhecimentos e habilidades desenvolvidas durante este percurso, ao mesmo tempo que apresenta a necessidade de reforçar os conhecimentos em investigação necessários para fundamentar a prática, permitindo assim adequar os cuidados à melhor evidência.

O presente trabalho apresenta quatro capítulos. No primeiro descreve-se a aquisição de competências e os cuidados prestados à grávida/casal e à família durante a gravidez com complicações. No seguinte capítulo, descrevem-se as intervenções desenvolvidas com o alvo de prestar cuidados no trabalho de parto e parto. O terceiro capítulo foca-se no desenvolvimento de competências e prestação de cuidados à puérpera, recém-nascido e família. Neste capítulo, insere-se um subcapítulo em que se enquadra o aprofundamento duma área de interesse relativa à problemática da icterícia fisiológica do recém-nascido. Prossegue-se com uma análise crítico-reflexiva sobre todo o processo de desenvolvimento do estágio profissionalizante. Finalmente, realiza-se uma conclusão sobre o trabalho realizado e sobre o decorrer deste percurso.

Durante a realização do presente relatório, evidenciou-se a necessidade da utilização da prática baseada em evidência. Assim, esta, permitiu aplicar as melhores evidências à prática clínica, repercutindo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

1. CUIDAR NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.

O estágio no serviço da Materno fetal do Centro Hospitalar São João permitiu acompanhar diferentes situações patológicas. Assim sendo, este relatório visa orientar para o aprendizado neste serviço. Após uma nota introdutória sobre a gravidez e as mudanças que traz implícitas, passa-se a definir os fatores de risco da própria gravidez. Para identificar estes fatores de risco e prestar cuidados com qualidade torna-se imprescindível o foco na avaliação inicial. A seguir, serão referidas as patologias das grávidas com maior incidência durante o estágio, focando-se a atenção no abortamento, na ameaça de parto pré-termo e nos miomas uterinos, sendo estas patologias apoiadas em casos concretos. Assim sendo, na sua reflexão e aprofundamento previligiou-se o foco “*ansiedade*” (CIPE, 2010, p.39), foco muito comum nas grávidas internadas neste serviço. Finalmente, considerou-se o déficit de preparação para a parentalidade detetado nas grávidas internadas no serviço.

A gravidez é um estado que transcorre num período de tempo bem definido. Assim sendo, a mesma, delimita-se entre a concepção e o nascimento (Monforte, M. e Mineiro, A., 2006). Durante a gestação, diversas mudanças acontecem no corpo e na psique da mulher. Por conseguinte, as emoções sentidas vão surgindo e variando ao longo das semanas de gestação. Estas sensações vão influenciar não só a mulher, como também o casal e a família (Monforte, M. e Mineiro, A., 2006). As transformações biológicas, psicológicas e sociais que a gravidez desencadeia, vão levar o casal a uma mudança irreversível na sua vida (Cardoso, A., 2010).

Por conseguinte, a gravidez acompanha-se de uma transição desenvolvimental, a transição para a parentalidade. Ainda o foco “parentalidade” (CIPE, 2010, p.66), definido como “tomar conta” (CIPE, 2010, p.66), especifica as características de uma parentalidade efetiva. Assim sendo, considera-se que o casal tem de “*assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai*”, adotando “*comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar*”. Além disso, as suas condutas devem apontar para “*optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças*” agindo assim, de modo a atuar de acordo com as “*expetativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental*” considerados adequados (CIPE, 2010, p.66).

A assunção da nova função como pais vai-se realizando em fases. Segundo Colman, L. e Colman, A. (1994), é no momento que se conhece a nova da gravidez que se iniciam as primeiras emoções face à mesma. A esta primeira reação adaptativa denominaram-na de “*integração*”, sendo o momento em que começa a aceitação da gravidez e as mudanças que

ela vai trazer implícitas. Inicia-se, portanto, o processo de transição para a parentalidade (Monforte, M. e Mineiro, A. 2006). Durante o decorrer desta primeira fase, a grávida ainda não sente os movimentos fetais. No momento em que estes começam a ser percebidos, surge uma segunda fase, a “diferenciação”. Esta, habitualmente é coincidente com o segundo trimestre da gravidez, bem como também é coincidente com o início da percepção da dinâmica fetal por volta das 16-20 semanas de gestação (Campos, R., 2000) (Monforte, M. e Mineiro, A. 2006). Vários autores, Brazelton, T. (1992) e Colman, L. e Colman, A. (1994), concordam em que nesta nova etapa a mulher começa a diferenciar o feto como um novo ser, sendo que até esse momento sentia-o como uma integração dela própria. Porém, para dar continuidade a estas fases tem de se produzir um processo de separação psicológica que ajudará à mulher na separação biológica. Inicia-se assim, a fase de “separação”, coincidente com o último trimestre da gravidez, no qual os sentimentos se vão focar prioritariamente no parto e no trabalho de parto. É também a altura em que o casal começa a planificar a realidade da chegada do recém-nascido. Assim sendo, tarefas como preparar o enxoval ou acondicionar o quarto, são atividades habituais nesta fase (Colman, L., Colman, A., 1994), (Monforte, M. e Mineiro, A. 2006).

Embora a gravidez seja um fenómeno fisiológico, algumas vezes, no decorrer da mesma, podem surgir complicações. Para que o processo psicológico definido anteriormente transcorra com sucesso, a gravidez deve ocorrer sem intercorrências. Quando uma gravidez é diagnosticada como de risco, o casal tem de reorganizar não só a sua vida, pelas intervenções que traz implícitas, bem como o processo de ajuste nomeado anteriormente (Wilhelm, L. et al., 2015).

Considera-se gravidez de risco, aquela que apresenta algum grau de vulnerabilidade, quer durante a gestação, o parto ou o puerpério, sendo que o risco pode referir-se a alterações quer para a mãe como para o feto (Gomes, R., 2001). Além disso, o risco pode dever-se a um problema exclusivo da gravidez ou a uma patologia coexistente com a mesma (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2007). Portanto, uma gestação de risco é aquela que apresenta maiores dificuldades para manter a saúde quer da grávida, quer do feto, assim como também remete para mais dificuldades para atingir um recém-nascido saudável no fim da gestação.

Diversos elementos podem ser considerados fatores de risco para uma gravidez. Todavia, em epidemiologia, é feita a discriminação entre fator de risco e marcador de risco. Consequentemente, consideram-se fator de risco as variáveis, quer endógenas, quer exógenas, que aumentam a probabilidade de acontecer uma patologia. A grande característica destes fatores, consiste na possibilidade de exercer influência sobre eles. No

entanto, o termo marcador de risco, é utilizado para fazer menção àquelas variáveis, que apesar de saber que acrescentam a probabilidade de padecer de uma doença, não se podem alterar, como por exemplo a idade (Gálvez Rodríguez, M., Martínez Alonso, L. e Fernández Soriano, M., 2013). Atendendo ao nomeado anteriormente, os fatores de risco têm grande importância para a clínica, pois o seu controlo vai apontar para uma diminuição da probabilidade de ocorrer doença (Gálvez Rodríguez, M., Martínez Alonso, L. e Fernández Soriano, M., 2013). Independentemente da diferença terminológica e da implicação que possa ter na clínica, ambos, os marcadores e os fatores de risco, são importantes na identificação do risco obstétrico. Assinalar as gravidezes de risco, permite realizar uma vigilância adequada das mesmas, além de implementar atividades de prevenção da patologia e instaurar o tratamento precoce quando assim seja necessário.

A etiologia dos fatores de risco pode ser múltipla, podendo-se classificar como: sociodemográficos, biofísicos ou psicossociais (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2007). Relativamente ao aspeto sociodemográfico, um dos fatores a avaliar é o nível socioeconómico. Os coletivos com menos recursos, apresentam um acréscimo nas taxas de mortalidade. Ainda no âmbito sociodemográfico, outro marcador de risco é a idade materna, uma vez que a mortalidade perinatal aumenta quando as progenitoras compreendem idades fora da média de entre os 18 e 35 anos (Gálvez Rodríguez, M., Martínez Alonso, L. e Fernández Soriano, M., 2013). Algumas das complicações consequentes da gravidez na adolescência, são o incremento da incidência de partos pré-termo, bem como o acréscimo de recém-nascidos com baixo peso à nascença ou a anemia ferropénica. Por outro lado, quando as gestantes são maiores do que 35 anos de idade é mais habitual apresentar doenças hipertensivas, diabetes, alterações da placenta ou parto pré-termo. Ainda, quando a idade vai para além dos 40 anos, a taxa de cesariana vê-se aumentada (Garcia Hernández, J., Martín Jiménez, A. e Ramírez García, O., 2003). Dentro dos fatores biofísicos, avalia-se o IMC, sendo que este, está relacionado com um incremento do risco quando superior a 29 ou inferior a 20 (Gálvez Rodríguez, M., Martínez Alonso, L. e Fernández Soriano, M., 2013). Ainda dentro dos fatores biofísicos, também são considerados os antecedentes médicos e os obstétricos (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2007). Assim sendo, os antecedentes de patologia obstétrica também se podem associar a um incremento de risco. Além do nomeado anteriormente, outras doenças maternas prévias à gravidez, podem influenciar no resultado da mesma, nomeadamente: a diabetes, as cardiopatias, as doenças renais, as doenças endócrinas ou as infeções maternas (Gálvez Rodríguez, M., Martínez Alonso, L. e Fernández Soriano, M., 2013). Outros fatores de risco a valorizar, são os de índole psicossocial, como os

hábitos tóxicos. Assim sendo, o consumo de álcool, tabaco ou outras drogas associa-se a um incremento de abortamentos, ao baixo peso à nascença (Gálvez Rodríguez, M., Martínez Alonso, L. e Fernández Soriano, M., 2013) ou ao risco da presença de outras doenças no neonato, nomeadamente a abstinência ou síndrome alcoólico-fetal.

Assim sendo, a avaliação da grávida, da família e dos fatores sociais que a rodeiam, permitem concluir o risco de uma gravidez. A ausência da presença de fatores de risco ao início da gravidez, não é subjacente à ausência do mesmo durante o decorrer do tempo íntegro da gestação. Por conseguinte, é preciso que este risco seja reavaliado durante o decorrer da mesma (Gomes, R., et al., 2001). Além disso, a presença de um fator de risco não leva sempre implícita a patologia e nem sempre a patologia surge por causa dos fatores de risco (Gálvez Rodríguez, M., Martínez Alonso, L. e Fernández Soriano, M., 2013). Ambas as situações, quer gravidez de risco, quer patológica, são causantes de uma cascata de emoções no casal. As grávidas que se expõem à ameaça de gravidez de risco, tornam-se mais vulneráveis e sentem medo e incertezas relativas ao desfecho da gravidez e ao bem-estar tanto próprio como do feto (Wilhelm, L., et al., 2015). Em função do citado anteriormente, foi imprescindível identificar as mudanças e as necessidades sentidas pelos casais nestas situações, permitindo assim, adequar as intervenções à situação específica de cada utente (Wilhelm, L., et al., 2015).

O diagnóstico de gravidez de risco pode acompanhar-se de múltiplas complicações. Conhecer as mesmas, permite preveni-las e tratá-las atempadamente. Assim, é da competência do EESMO, *“informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco (...) durante o período pré-natal”* (OE., 2010, pp.4). Atendendo a que grande parte das intervenções do EESMO se foca na gravidez, os cuidados apontaram para promover um estado gravídico saudável e para facilitar o processo da transição à parentalidade. Por essa razão, é importante destacar que para além das necessidades que o diagnóstico de risco acrescenta à gravidez, a cliente mantém as necessidades que se tem numa gravidez normal. Assim sendo, as intervenções realizadas durante este estágio, não só visaram a atenção no âmbito da patologia da gravidez, mas também no acompanhamento das grávidas e do casal de modo a facilitar as mudanças que estavam a vivenciar. Para atingir este nível de atenção torna-se imprescindível conhecer qual a perceção e as expectativas reais à gravidez. Esta avaliação permite planear e implementar *“intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez”*, assim como a *“preparação completa para o parto e parentalidade responsável”* (OE, 2010, pp.4).

As complicações da gravidez nem sempre se acompanham da necessidade de hospitalização. Quando este facto é necessário, produz-se o internamento. A unidade Materno-Fetal do Centro Hospitalar de São João, serviço onde foi realizado o estágio, é um serviço destinado a este fim. Além das grávidas de risco, dentro da sua capacidade, também se contempla o acolhimento de puérperas sem recém-nascido e ainda destina uma das suas salas para a maturação e indução do trabalho de parto. A estrutura física do serviço permite separar as grávidas atendendo ao motivo do seu internamento. Assim, evita-se a convivência de utentes com desfechos desfavoráveis, nomeadamente ROD, IMG ou gravidezes ectópicas, com outras utentes cujo desfecho prever-se-á favorável, como pode ser o caso das induções de trabalho de parto. O internamento no serviço, pode-se produzir por diferentes vias de acesso. As grávidas podem dar entrada mediante o serviço de consultas de gravidez do próprio hospital, assim como do serviço de urgência de obstetrícia ou transferidas de outros centros.

No momento do internamento, num primeiro contacto, era realizada a avaliação inicial. Assim sendo, nesta avaliação recompilavam-se os dados, os quais permitiriam realizar a seguir, o plano de cuidados adequados a cada casal. Os métodos utilizados para esta recolha de dados focaram-se, entre outros, na entrevista. Neste primeiro encontro, obtinha-se informação sobre: os dados biográficos, nomeadamente o nome pelo que os componentes do casal preferiam ser tratados; as alergias; dados sobre a gravidez atual e os antecedentes obstétricos, nomeadamente a assistência a intervenções de preparação para o parto; a vontade de amamentar; conhecimentos sobre o suporte social e familiar; o estilo de vida, incluindo o consumo de substâncias ou outros dados, como por exemplo, os relativos ao aparelho digestivo, que fornecem informação como o padrão intestinal da grávida.

Além desta entrevista, era realizada uma observação física na procura de dados que permitiram a deteção de alterações. Durante esta inspeção eram avaliados itens comuns a outros utentes como a higiene, assim como outros mais concretos da gravidez, como a presença de edemas. Este último dado, pode apontar para alterações como a hipertensão arterial. No entanto, os edemas são um efeito colateral da gravidez, sendo necessário conhecer também as características e momento do dia em que os mesmos se manifestam para orientar a correta avaliação. A presença de edema como efeito colateral, justifica-se pela compressão que o útero faz sobre as veias ilíacas e a veia cava inferior, dificultando assim a circulação de retorno. Neste caso, o edema é mais marcado nos membros inferiores por apresentar neles uma maior pressão hidrostática, ou, na ausência de deambulação, o seu aparecimento pode surgir na região sagrada. Assim sendo, é necessário avaliar o grau do

edema quando este é depressível. Esta depressão é permitida pela deslocação dos líquidos quando realizada pressão sobre a pele edemaciada. Ainda relativo à localização do edema quando este se apresenta na face ou na zona periorbital, também permite despistar alterações (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2007).

Esta avaliação inicial, em conjunto com a monitorização dos sinais vitais da grávida (frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e frequência respiratória) permite conhecer o seu estado geral. Assim, como é avaliado o estado geral da grávida, também é avaliado o bem-estar fetal. Esta vigilância é realizada mediante a auscultação cardíaca fetal com o Doppler, quando a gravidez ultrapassa as 11 semanas de gestação, ou com recurso à cardiotocografia depois das 37 semanas (Ramalho, C., 2014).

Tal como se depreende do supracitado, as patologias que podem apresentar-se na gravidez são diversas, tal como são diversas as reações apresentadas pelos casais e, portanto, também o são os cuidados prestados. No decorrer do estágio as patologias observadas com mais incidência foram a ameaça de parto pré-termo, a hipertensão gestacional, a colestase gravídica e a ameaça de abortamento. Ainda outras utentes com situações como os abortamentos retidos ou as gravidezes ectópicas eram habitualmente internadas para a vigilância da sua evolução e resolução da patologia. Outras situações de menor incidência, que também marcaram o estágio devido à necessidade de internamentos prolongados, foram casos de patologia fetal, especificamente taquicardia fetal e outros de patologia materna prévia à gravidez, nomeadamente: os miomas uterinos e um caso de diagnóstico de metástase hepática. De seguida, serão referidas algumas situações que foram mais habituais ou que implicaram uma maior dedicação durante o estágio.

A hemorragia durante a gravidez foi um dos sintomas mais frequente de internamento. Considera-se hemorragia da gravidez qualquer sangramento vaginal que se suceda durante a gestação. Atendendo ao período de ocorrência da mesma, estas classificam-se em relação aos trimestres da gravidez (Martínez Forte, S., Enríquez Rodríguez, I. e Valdera Simbron, C., 2013). As metrorragias de primeiro trimestre definem-se como o sangramento vaginal que se produz durante as primeiras 12 semanas de gestação. Esta metrorragia acontece em 25% dos casos, sendo que as causas mais habituais das mesmas são o abortamento, a gravidez ectópica e a doença do trofoblasto (Martínez Forte, S., Enríquez Rodríguez, I. e Valdera Simbron, C., 2013). Por outro lado, as metrorragias de segundo e terceiro trimestre associam-se a outras patologias como a placenta prévia, a rotura uterina, o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, a rotura da vasa prévia ou a rotura do seno marginal (Martínez Forte, S., Enríquez Rodríguez, I. e Valdera Simbron, C., 2013).

Assim sendo, uma das causas da hemorragia do primeiro trimestre é o abortamento. O abortamento produz-se quando a gestação é interrompida antes das 22 semanas de gestação ou quando o peso é inferior a 500 gramas, embora a idade gestacional seja desconhecida (OMS,1992). Cerca de 80% dos abortamentos acontece antes da 12ª semana de gestação, conhecendo-se estes, como abortamentos precoces. Se a interrupção se sucede entre a 12ª e a 22ª semana denomina-se abortamento tardio. (Martínez Forte, S., Enríquez Rodríguez, I. e Valdera Simbron, C., 2013).

Atendendo à forma como se apresenta o abortamento, conhecem-se diferentes formas clínicas. Considera-se abortamento consumado ou completo aquele em que os tecidos fetais foram expulsos na sua totalidade (Martínez, S., Enríquez, I., e Valdera, C., 2013) (Lowdermilk, D.; Perry, S., 2007), sendo que, se se mantêm restos placentários dentro do útero designa-se abortamento incompleto (Martínez Forte, S., Enríquez Rodríguez, I. e Valdera Simbron, C., 2013). Outra das formas clínicas é o aborto retido, também conhecido como retenção do ovo desvitalizado. Neste caso, o diagnóstico é realizado mediante comprovação ecográfica, confirmando interrupção da gestação com morte fetal embora não se tenha produzido expulsão. Ao contrário do abortamento incompleto, que se acompanha de metrorragia e colo uterino fechado ou parcialmente aberto à avaliação, o aborto retido pode acontecer sem manifestar hemorragia, contrações uterinas ou alterações do colo uterino (Martínez Forte, S., Enríquez Rodríguez, I. e Valdera Simbron, C., 2013) (Lowdermilk, D.; Perry, S., 2007). No decorrer do estágio, estas situações de abortamento foram observadas com frequência, nomeadamente o aborto retido no primeiro trimestre. O protocolo terapêutico neste caso passava pela administração de prostaglandinas vaginais. Esta conduta é a alternativa à atitude expectante, e era realizada como primeira eleição. Porém, quando a administração de prostaglandinas não resultava com sucesso, e após confirmação ecográfica de 10 horas depois da primeira aplicação, caso de insucesso da terapêutica, procediam ao esvaziamento uterino imediato (Ayres-de-Campos, D. e Gorgal, R., 2014). Atendendo aos efeitos secundários das prostaglandinas, vigiar os efeitos secundários das mesmas, como podem ser as náuseas, os vômitos ou a hipertermia, foi uma das intervenções realizadas, assim como a vigilância da hemorragia ou a avaliação da dor. Relativamente a este último foco, foram implementadas medidas farmacológicas para a sua resolução, embora, também tenha sido necessário ensinar e treinar outras medidas de autocontrolo, como a técnica respiratória.

Ante esta patologia, focos como o *“medo”* (CIPE, 2010, p.128), a *“ansiedade”* (CIPE, 2010, p.39) ou o *“luto”* (CIPE, 2010, p.61), repetiam-se na maioria das utentes. A ansiedade ou medo relacionavam-se com *“desconhecimento do resultado e dos procedimentos médicos”*

(Lowdermilk, D. e Perry, S., 2007), nomeadamente referiam medo perante a necessidade de realização do esvaziamento uterino após o insucesso da aplicação das prostaglandinas.

Um dos casos mais incomuns, foi o abortamento de um dos fetos em uma gravidez gemelar. Neste caso, o feto masculino diferiu às 21 semanas com diagnóstico de hidropsia fetal. Contudo, tal como acontece em outros abortamentos retidos, não se produziu expulsão do feto nem dos restos placentários. Após este acontecimento, foi mantida uma conduta expectante. Além disso foi confirmado o bem-estar fetal, do feto vivo, em todos os turnos com recurso ao doppler. Neste sentido, manteve-se o repouso e realizou-se antibioterapia para prevenção da infeção. Tal como se depreende do supracitado, a grávida continuou a gravidez com um feto sem vida enquanto se mantinha conduta expectante com o outro gémeo. Concordando com o descrito na literatura, os sentimentos tornaram-se ambivalentes para este casal, misturando-se a tristeza da perda, com a alegria da supervivência do feto vivo (López García de Madinabeitia, A., 2011).

Indiferentemente da forma clínica de abortamento apresentada, os casais têm a necessidade de se readaptar e assimilar a perda. Atualmente, os avanços na área da ginecologia e obstetrícia, nomeadamente na área da ecografia, têm vindo a facilitar a ligação entre os pais e o feto. Tal como já foi nomeado, o abortamento caracteriza-se por se produzir antes das 22 semanas ou pela expulsão de um feto com um peso inferior aos 500 gramas. No entanto, é importante perceber que o que marca a diferença para os pais e respetiva família não é o tempo de gestação, mas sim as expectativas, o vínculo criado e o significado desse filho (López García de Madinabeitia, A., 2011). Ante estes casos algumas das intervenções realizadas apontavam para apoiar *“à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento”*, concordando assim com o referido no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2010, p.4).

Além dos procedimentos realizados, quando acontece um abortamento, o casal está a viver a perda da gravidez e de um projeto de parentalidade, porém justifica-se uma *“antecipação do luto”* relacionado com a perda da gravidez. Outro foco menos comum, embora diagnosticado em algumas utentes era a baixa auto-estima situacional relacionada com *“a incapacidade de levar a termo a gravidez”* (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2007). Este último diagnóstico era mais habitual nas mulheres com abortamentos de repetição. Consideram-se abortamentos de repetição quando ocorrem em três ou mais gravidezes, sendo que estas situações têm uma incidência de 1%. No entanto, a incidência sobe para 5% quando falamos de dois abortamentos (Moreira, C., Ramalho, C., e Guimarães, M., 2014). Quando o casal

estava a viver o segundo abortamento, era habitual a manifestação de sentimentos negativos face a uma futura gravidez. Apesar do citado, em 75% dos casos, é possível manter uma gravidez com bom prognóstico após dois abortamentos (Moreira, C., Ramalho, C. e Guimarães, M., 2014).

Tal como em outras situações já nomeadas, no caso apresentado, iniciou-se um período de luto. Este foco define-se como *“uma emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real”* (CIPE, 2010, p.61). Durante o processo de luto, vários sentimentos são confrontados, permitindo identificar várias fases, a de

“choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reacções de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reacção); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)” (CIPE, 2010, p.61).

Assim sendo, Bowlby, J. (1980) descreveu quatro fases do luto. Considera uma primeira fase, onde primam as reacções de incredulidade, que pode durar desde horas até semanas. Classifica como segunda fase a *“nostalgia”*, perdurando neste momento os sentimentos de ira e culpabilidade. Em uma terceira fase, que denomina como *“desorganização”*, na qual a pessoa vivencia sentimentos como a tristeza ou a diminuição da autoestima. Esta fase vai-se ultrapassando até atingir a quarta, conhecida como de *“reorganização”*. Nesta última produz-se uma aceitação da perda. Esta definição permite classificar algumas das reacções dos casais, que se acompanharam durante o estágio. No caso apresentado, as duas fases mais evidentes foram a de *“desorganização”*, onde a sensação de tristeza vinha também acompanhada pelo medo da perda do feto vivo, e a fase de *“reorganização”*.

Tal como nomeado anteriormente, quando se produz um desfecho negativo na gravidez, não só se produz uma perda, mas também uma frustração por não atingir todas as expectativas e ilusões que envolvem a gravidez e que implicavam a transição para a parentalidade (Rengel, C., 2010). Ante esta situação, as intervenções realizadas foram encaminhadas para ultrapassar o luto. Encorajar ao casal a expressar os seus sentimentos, permitiu implementar as intervenções adequadas. Assim sendo, foi prestado apoio emocional e ensinou-se sobre as dúvidas que os utentes apresentavam. Com o alvo de facilitar a transição, de modo a assumir a perda, as utentes eram sempre questionadas pela vontade de ver e se despedir do feto. Além disso, avaliou-se o suporte familiar e social.

Apesar desta avaliação do suporte, a perda durante a gravidez é uma perda que se costuma viver em solidão (López García de Madinabeitia, A., 2011).

Ainda no caso anterior, uma vez que as 24 semanas de gestação foram ultrapassadas, passou a investir-se na gravidez. Consequentemente, o diagnóstico médico mudou de ameaça de abortamento do feto vivo para ameaça de parto pré-termo.

A ameaça de parto pré-termo surge antes de completar as 37 semanas de gestação e manifesta-se com a presença de contratilidade uterina frequente, acompanhada da formação do segmento inferior uterino sem ter repercussão a nível cervical, nomeadamente dilatação e extinção do colo uterino. Este diagnóstico é difícil de estabelecer levando por vezes a intervenções desnecessárias (Costa, A., et al., 2014).

Assim sendo, o trabalho de parto pré-termo, diferencia-se da ameaça de parto pré-termo pela presença de alterações a nível do colo uterino. Consequentemente, para realizar o diagnóstico da ameaça de parto pré-termo, além de avaliar a presença de contrações uterinas, são avaliadas as modificações do colo do útero. Estas alterações morfológicas são referenciadas pelo teste de Bishop que consiste em analisar a dilatação, extinção, posição, consistência do colo uterino e a altura da apresentação (Sánchez Antón, M., Cruz Moya, C. e Galindo Asensio, A., 2013). Além disso, a medição do colo uterino ajuda a confirmação do diagnóstico considerando-se como valores adequados 30 milímetros entre as 24 e as 28 semanas de gestação e 25 milímetros para a 28ª semana. Ainda outro marcador bioquímico, a fibronectina fetal, avaliado através do teste da mesma, contribui para a predição do parto pré-termo (Oliveira, T., et al., 2000). Ademais destes testes, neste caso, foram realizadas intervenções que contribuíram para vigiar o bem-estar fetal e materno. Assim sendo, durante o internamento continuou-se a vigilância de perdas hemáticas, e manteve-se a confirmação da viabilidade do feto vivo mediante doppler. Esta vigilância era realizada uma vez por turno e em casos pontuais em que a utente apresentava sintomas.

A antecipação do parto pode ter importantes consequências para a saúde dos recém-nascidos. Doenças como a paralisia cerebral, as dificuldades de aprendizagem ou as doenças respiratórias têm taxas mais elevadas em recém-nascidos prematuros (Beck, S., et al., 2010). Atualmente 45-50% dos partos prematuros sucedem sem se conhecer a etiologia, 30% atribuem-se a rotura prematura de membranas e 15-20% acontece por indicação médica (Beck, S., 2010). Estes últimos, produzem-se após se diagnosticarem situações nas quais o término da gravidez está indicada ao ponderar os riscos e benefícios de continuação da gravidez.

O tratamento da ameaça de parto pré-termo contempla a tocolise, que retarda o momento do parto, segundo Guimarães A., Gouveia, A. e Pereira, J. (2014) até sete dias, permitindo completar o ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal. O tratamento de primeira eleição foi a nifedipina. Esta terapêutica vai ao encontro das conclusões atingidas por Gaunekar, et al. (2013) na sua revisão. Neste estudo concluíram que os bloqueadores dos canais de cálcio eram mais eficazes do que os betamiméticos quando estes foram utilizados na tocolise inicial. De acordo com este estudo, a administração de nifedipina permite prolongar a gravidez até 5,35 dias em comparação com as grávidas não tratadas (Gaunekar, et al., 2013). A sua utilização permite melhorar os resultados do desfecho neonatal. Por outro lado, nesta mesma revisão, concluem que não há evidência para utilizar o magnésio como terapia de manutenção (Han, S., Crowther, C. e Moore, V., 2013).

No entanto, a tocolise está contraindicada em algumas situações, entre as contraindicações de patologia fetal encontra-se a morte fetal (Guimarães, M, Gouveia, A., e Pereira, J., 2014). Por conseguinte, no caso apresentado, não foi utilizada a tocolise, passando a utilizar-se como terapêutica a progesterona vaginal. Numa revisão da literatura, os autores concluíram que a progesterona tem a mesma eficácia que a cerclagem cervical na prevenção do parto pré-termo em gravidezes simples. Além disso concluíram que a utilização da mesma não se associa com um aumento dos efeitos adversos maternos, nem anomalias congénitas quando comparada com outro tratamento ou placebo (Conde-Agudelo, A., 2013) (Conde-Agudelo A. e Romero R., 2016). Atendendo ao mesmo estudo, a cerclagem também pode ser utilizada como alternativa à progesterona em mulheres com partos pré-termo prévios comprimento do colo uterino inferior a 25 milímetros. Contudo, com utilização da progesterona evita-se o procedimento de cerclagem e de administração de outros medicamentos, como os anestésicos (Conde-Agudelo A. e Romero R., 2016).

Ante a ameaça de parto pré-termo, para além das medidas terapêuticas, também são utilizadas estratégias não farmacológicas. A abstinência sexual, a restrição da atividade física e o repouso no leito são habitualmente utilizados como primeira opção no tratamento (Monteiro, S., et al., 2014). Embora o repouso continue a ser indicado, a utilização desta medida é controversa. Após uma revisão Sosa, C., et al. (2007), concluíram que não há evidências suficientes para apoiar ou contrariar esta medida. Os mesmos autores argumentam que devido aos efeitos adversos e às implicações que pode acarretar como a imobilidade da grávida, esta medida deveria ser discutida com a mulher.

Quando é dada a indicação de repouso, as intervenções de enfermagem encaminham-se para orientar a grávida a *“lidar com o repouso no leito”* (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2007).

Assim sendo, é importante conhecer quais as preferências da utente e o seu nível de atividade habitual. Esta avaliação permitiu orientar as clientes com indicação de repouso. Incentivar a ler, escrever ou pintar foram medidas propostas para lidar com a limitação do movimento.

Além do supracitado, a presença do diagnóstico de gravidez de risco, nomeadamente na ameaça de parto pré-termo, confronta as utentes com o contínuo questionamento da viabilidade da gestação. Diversas situações podem contribuir para que a ansiedade seja um foco habitual nas grávidas internadas no serviço da materno-fetal. Assim, o medo em não completar a gravidez, a ameaça de ter um parto pré-termo ou a *“angústia de separação”* (CIPE, 2010,p.39), provocada pelo afastamento de algum familiar ou de outro filho que fica mais desprovido de atenção durante o internamento, podem ser favorecedores da aparição desse sentimento. Por conseguinte, tal como foi nomeado anteriormente, sentimentos negativos, tais como a *“ansiedade”*, foram comuns em muitas das gestantes de risco atendidas durante o estágio. Define-se a mesma, como uma *“emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angustia”* (CIPE, 2010,p.39).

Apesar da existência deste foco ser mais habitual nas grávidas de risco, pondera-se que até 20% das grávidas apresentam esta emoção durante a gravidez. Considerando ainda, este valor como pouco real, após observar-se em estudos epidemiológicos que a ansiedade está infra diagnosticada na gravidez. Esta carência no diagnóstico deve-se à falta de comunicação da mesma por vergonha a referenciar queixas (Araújo, D., Pereira, N., e Kac, G., 2007). A presença deste foco, mesmo na gravidez normal, justifica-se pelas transformações biológicas, psicológicas e sociais que a utente está a viver. Assim sendo, estas mudanças são geradoras de ansiedade, ainda quando a gestação decorre com normalidade e não há nenhuma patologia a interferir no bom desfecho da mesma (Conde A. e Figueiredo B., 2005).

Quando uma gravidez é diagnosticada como de risco e ainda a grávida é internada, muitos elementos ficam fora do controle da utente e da família. Sabe-se que se uma pessoa sente controlo sobre os elementos que a rodeiam estará menos ansiosa. Porém o EESMO, como principal acompanhante dos cuidados nestas grávidas tem uma função importante no fornecimento da informação adequada, apoio e facilitação destas situações. Muitas das vezes, os casais podem sentir-se com medo, ou a grávida pode estar a passar uma situação de dor que pode dificultar a compreensão das explicações dos profissionais de saúde. Ante esta situação, enfatizar com o casal, tê-lo em atenção e informá-lo do que está a acontecer a cada momento, foram elementos facilitadores para a diminuição da ansiedade. Considera-

se portanto, que uma intervenção que se realizou com frequência durante o decorrer do estágio, foi fornecer suporte ante estas situações e empoderar assim aos casais.

Outra doença presente durante o estágio e que levantou a necessidade de realização de muita pesquisa foram os miomas uterinos na gravidez. Os miomas constituem os tumores pélvicos de consistência sólida mais frequentes na mulher em idade reprodutiva. A sua origem está na camada muscular lisa do miométrio. Estes constituem-se por músculo liso e matriz extracelular (Faria, J., Godinho, C. e Rodrigues, M., 2008). Atualmente 30-60% das mulheres apresentam miomas, sendo que destas, 20-40% estão em idade reprodutiva. Apesar das estatísticas, supõem-se que a verdadeira incidência não se conhece pois muitas vezes são assintomáticos e são do desconhecimento das mulheres que os sofrem (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2013).

Quando estes se apresentam na gravidez podem acompanhar-se do que se conhece como *“síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez”*. Esta sintomatologia, presente em 10% dos casos, apresenta-se com dor, vômitos, febre baixa, leucocitose e aumento da atividade uterina. A sua apresentação é mais frequente no segundo e início do terceiro trimestre da gravidez (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2013). A dor pode ter o seu foco em múltiplas causas. O mioma ocupa um espaço que pode levar a comprimir estruturas vizinhas, surgindo com tal, consequências como alterações urinárias, intestinais, venosas ou mesmo nervosas. Além disso, o útero contrai na tentativa de expulsar o mioma o que pode contribuir para a dor. Ainda um possível torção do pedículo do mioma ou uma necrose asséptica do mesmo podem justificar esta sintomatologia.

O aparecimento dos miomas na gravidez oscila entre 1.5 e 12.6%. A este diagnóstico associam-se complicações como o abortamento, a placenta prévia, restrição de crescimento fetal, parto pré-termo, descolamento de placenta, apresentações anómalas, distocias no parto ou aumento da taxa de cesariana (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2013).

No caso observado em estágio, a grávida apresentava miomas uterinos múltiplos, sendo que um deles tinha um tamanho estimado de 18 centímetros. Concordando com a sintomatologia anterior, ainda sem poder justificar como única causa ao mioma, a utente apresentou obstipação e uma trombose venosa do membro inferior esquerdo. Além disso, apresentou torção do pedículo de um dos miomas, o que exacerbou a dor, que estava habitualmente presente. As intervenções de enfermagem, além da administração da terapêutica prescrita, focaram-se no alívio dos sintomas. A dor, no momento do torção, foi identificada como dor vascular, ao referir sensação de esmagamento e aperto no fundo uterino, local onde se

apresentava o mioma afeto. A intensidade da dor foi monitorizada mediante a escala numérica e vigiou-se o bem-estar fetal com apoio da cardiotocografia. Para a sua resolução, ademais de medidas farmacológicas, executou-se a técnica respiratória e a técnica de imaginação guiada. Para isso, treinaram-se ambas as técnicas já conhecidas pela utente.

Ainda sobre esta doença, um estudo de 2001 que inclui 75 gestantes, concluiu que 82.9% chegaram ao termo da gravidez. Sendo que 15 mulheres tiveram um parto vaginal, tendo este grupo uma taxa de cesariana de 75.8% (Simon, S., et al., 2005). As causas que encaminharam as grávidas para uma cesariana eram a apresentação anómala, a obstrução do canal de parto ou cicatrizes uterinas por miomectomias prévias. No caso apresentado a gravidez terminou em cesariana após a torsão do mioma.

Para concluir o supracitado, quando a complicação da gravidez levava a um internamento prolongado, impossibilitava o casal de assistir às intervenções de preparação para o parto e para a parentalidade. Durante a transição para a parentalidade, os casais sentem a necessidade de adquirir conhecimentos e habilidades para tomar conta da criança (Cardoso, A., 2010). Estes internamentos prolongados foram um contexto precioso para ensinar sobre as competências no exercício parental. Ante esta necessidade, e atendendo à formação do EESMO, assim como a sua presença permanente como prestador de cuidados no contexto hospitalar, foi fornecida informação neste âmbito. Competências como *“preparar o enxoval”*, *“tratar do coto umbilical”*, *“assegurar a higiene e manter a pele saudável”* ou sobre a amamentação foram abordadas com as utentes que mostraram esta necessidade. Para a realização desta intervenção recorreu-se ao auxílio das novas tecnologias, assim como, a mostra de material fisicamente, nomeadamente material de apoio à amamentação.

Em suma, a passagem pelo serviço da materno-fetal, permitiu não só intervir na doença, como em múltiplas áreas da gravidez. Assim sendo, as intervenções implementadas ajudaram o casal a ultrapassar as dificuldades, além de empodera-los para a situação futura da parentalidade.

2. CUIDAR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem competências para assistir à mulher e à família nas diferentes fases do ciclo reprodutivo, tanto em processos de saúde como de doença. Assim, faz parte destas intervenções, assistir à mulher durante o trabalho de parto e parto (OE, 2010).

Com o objetivo de atingir as competências na assistência à mulher/casal em trabalho de parto e parto, foi realizado o processo formativo em contexto clínico, tendo este decorrido na sala de partos do Centro Hospitalar São João.

O internamento da grávida/parturiente pode acontecer por diferentes vias. Habitualmente, a admissão de utentes deve-se à entrada das mesmas pelo serviço de urgência, nomeadamente grávidas com rotura prematura de membranas ou em trabalho de parto. Contudo, as parturientes também podem proceder do serviço de materno-fetal. Esta unidade, pode transferir as grávidas de risco, mas também, grávidas a realizar a indução do trabalho de parto. Também, o bloco de partos recebe cesarianas eletivas, programadas em consulta, nomeadamente por apresentação pélvica.

No momento de admissão valorizou-se a queixa e avaliou-se a temperatura, a frequência cardíaca, a tensão arterial e a proteinúria (caso não tivesse rotura de membranas). A frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas monitorizaram-se durante um período aproximado de vinte minutos mediante cardiotocografia. Apesar de se preconizar a monitorização do bem-estar fetal através da cardiotocografia após as 37 semanas de gestação na vigilância da gravidez normal (Ramalho, C., 2014), este procedimento foi realizado com menos idade gestacional, nomeadamente a partir das 32 semanas. Além disso, também foram monitorizadas a dilatação e extinção do colo uterino (Campos, D., et al., 2014). Esta avaliação inicial orienta a equipa médica na tomada de decisão sobre a pertinência do internamento. O motivo de admissão mais habitual foi o diagnóstico de trabalho de parto presente (CIPE, 2010). Considera-se o início do trabalho de parto quando a utente apresenta contrações uterinas regulares que aumentam tanto em frequência como em intensidade, acompanhadas de modificações do colo uterino e verificando-se o início da extinção do mesmo, assim como da dilatação cervical de três ou mais centímetros (Fraser, D. e Cooper, M., 2010).

Consequentemente ao supracitado, o internamento estabeleceu-se habitualmente quando o início do trabalho de parto estava estabelecido. Esta conduta, não só evita as estadias prolongadas das famílias na sala dos cuidados intermédios, mas também, diminui a hipótese

de que se administrem ocitócicos, assim como reduz a necessidade de analgesia. Ainda, quando o internamento acontece no início do trabalho de parto, as parturientes manifestavam maior controle no trabalho de parto (Porto, A., Amorim, M. e Souza, A., 2010).

Além do trabalho de parto presente, outro diagnóstico que foi causa habitual de internamento foi a rotura prematura de membranas, considerando-se esta, quando acontece uma hora antes do início do trabalho de parto. Se a rotura se produz antes do termo da gravidez, isto é, antes das 37 semanas de gestação, é considerada rotura pré-termo (Lowdermilk e Perry, 2008). Esta acontece em 2% das gravidezes sendo a causa de 40% dos nascimentos pré-termo (Guimarães, M., Moucho, M., e Gomes, J., 2014). A atitude que se adotou nestes casos esteve relacionada com o número de semanas de gestação e/ou a presença de condicionantes que levaram à necessidade de um parto imediato, como pode ser o caso de malformações fetais (Guimarães, M., Moucho, M., e Gomes, J., 2014), sendo que não foi vivenciado nenhum caso durante o estágio. Assim, quando a gestação ultrapassava as 35 semanas de gestação era realizada a maturação do colo uterino ou indução do trabalho de parto. Além disto, também se iniciava profilaxia para estreptococos do grupo B, devido ao desconhecimento da colonização pelo mesmo (Guimarães, M., Moucho, M., e Gomes, J., 2014). No entanto, quando a idade gestacional era inferior a 35 semanas de gestação, a grávida era internada no serviço de materno-fetal para realizar, além da antibioterapia, a indução da maturidade pulmonar fetal com corticoides (Guimarães, M., Moucho, M., e Gomes, J., 2014).

Resgatando o nomeado anteriormente, no que concerne à profilaxia de infeção por estreptococo B, cabe distinguir, que a não realização da mesma leva a uma transmissão vertical de 40-70%. Assim, uma percentagem muito elevada de recém-nascidos usufrui do benefício da antibioterapia, evitando o contágio de infeções no parto. Ainda assim, esta transmissão traduz-se em 1-2% de infeções do recém-nascido. Habitualmente, estas são pneumonias, meningites ou sépsis e levam a uma mortalidade de 5% ainda com cuidados adequados. Além disso, quase metade dos recém-nascidos infetados apresentam danos neurológicos (De Cueto López, M., 2005). Acrescentando um maior risco de infeção à situação anterior, há estudos que relacionam a presença desta bactéria com a rotura prematura das membranas, assim como, com a prematuridade. Esta hipótese justifica-se com a probabilidade de que o streptococo leve a um aumento da produção de citocinas pelo líquido amniótico que poderia induzir o parto, assim como, poderia levar à rotura das membranas (Matorras, et al., 1989) (Regan, J.A., et al., 1996) (De Cueto López, M., 2005). Atendendo ao nomeado, a profilaxia foi realizada segundo protocolo às parturientes com

EGB positivo ou desconhecido e ainda quando a rotura de membranas foi superior às 18 horas. Habitualmente, a profilaxia realizou-se mediante a administração de ampicilina endovenosa, salvo na presença de alergia à penicilina em que indicaram administração de outros antibióticos como a cefazolina ou a clindamicina (Machado, A., Moucho, M. e Barros, M., 2014).

Na altura do internamento, foi negociada a presença da pessoa significativa, uma vez que deve ser a mesma durante todo o processo de internamento na sala de partos. Em uma grande parte dos casos atendidos, o acompanhante eleito pelas parturientes foi o parceiro sendo que, também se encontraram situações em que as parturientes foram acompanhadas pelas mães, irmãs ou amigas, nomeadamente, na etnia cigana. O acompanhamento na sala de partos tem mudado com o decorrer dos tempos. Atualmente os pais têm a possibilidade de estarem presentes no nascimento dos seus filhos e a sua presença na sala de partos é considerada natural. A presença dos pais na sala de parto permite reforçar o vínculo familiar, podendo fazer com que estes se sintam importantes exercendo o seu papel de pai mesmo antes do nascimento (Oliveira, S., et al., 2009). A paternidade vai-se desenrolando durante a gravidez e torna-se palpável no parto, por isso, este é um momento em que se despoletam inúmeros sentimentos. Assim, podem ser várias as reações expressadas. Habitualmente, a alegria e a sensação de alívio, ao conhecer o recém-nascido apodera-se deles. No entanto, muitas vezes são expressos receios relativos à capacidade de exercer a parentalidade de forma adequada (Carvalho, J. et al., 2009). Apesar disso, o acompanhante, cada vez mais está a deixar de ter uma figura passiva na sala de partos, passando a envolver-se no processo do parto. A interação com a parturiente e com os profissionais de saúde faz-se palpável em muitos dos casais, nomeadamente naqueles em que os dois parceiros assistiram as intervenções de preparação para o parto. Este facto verificou-se não só na habilidade para relacionar-se com a parturiente, mas também, à hora de expressar os seus desejos e dúvidas com os profissionais de saúde. Assim, colaboraram nas técnicas não farmacológicas de alívio da dor, realizando massagens, colaborando na mudança de posição, orientando o treino da respiração durante as contrações ou simplesmente segurando a mão da parturiente quando ela assim o necessitava. Os acompanhantes, também realizaram um papel importante ao expressar os desejos das suas companheiras quando estas não se sentiram com autodeterminação para fazê-lo.

Contudo, foi frequente observar os pais a referirem ansiedade e aversão no trabalho de parto, nomeadamente durante o período expulsivo. Apesar dos sentimentos observados serem do conhecimento dos profissionais de saúde, estes, todavia prestam pouca atenção

aos pais, podendo estes sentirem-se excluídos. Ainda, a experiência da dor e do esforço da parturiente pode levar os companheiros a referirem sensações de angústia e impotência (Motta, C., 2005). Esta sensação de impotência foi frequentemente ouvida depois do período expulsivo, em que muitas das vezes referiam *“estar deste lado também custa”* ou *“eu também estava a fazer força com as mãos”*.

Pode-se dizer que durante o trabalho de parto, o casal experimenta inúmeras emoções que divergem desde a alegria até o medo e a angústia (Motta, C., 2005). Estes sentimentos serão importantes na hora de lembrar o trabalho de parto como uma experiência com conotações negativas ou positivas. Por isso, prestou-se especial atenção à sobrecarga emocional da parturiente e do casal com o intuito de ajudar-los a ultrapassar esta experiência de maneira positiva. Esta situação foi muito evidente com um casal que desconhecia a gravidez. Assim, a parturiente entrou na sala de partos transferida do serviço da urgência geral ao qual acudira por suspeita de uma cólica renal. No entanto, quando descobriram que estavam grávidos despoletaram um conjunto de emoções incluindo de rejeição para com o recém-nascido. Por isso, foi importante incentivar a parturiente a expressar os seus sentimentos. Esta atitude permitiu perceber a situação do casal, com escassos recursos económicos, podendo orientar o caso para outros profissionais. Ainda, o casal foi encorajado a avaliar os recursos disponíveis na família e na comunidade, sendo que o recém-nascido terminou por ser aceite pela parturiente e ainda foi amamentado na primeira hora de vida. Antes de ser transferido para o serviço do puerpério o casal disfrutava feliz do nascimento do recém-nascido.

Logo que se decide o internamento da parturiente na sala de partos, também é realizada a avaliação inicial. Ademais dos itens habituais, relativos ao estilo de vida, antecedentes pessoais ou obstétricos, ainda são preenchidos outros referentes ao trabalho de parto. Neles, especifica-se a hora da rotura de membranas, caso esta já se tenha dado, assim como a vontade de fazer a colheita de sangue do cordão umbilical para banco público. O outro item visa sobre a amamentação, nomeadamente, sobre a experiência anterior e o desejo de amamentar.

Uma vez internadas no serviço e atendendo à evolução do trabalho de parto, as parturientes podem ser situadas, na sala dos cuidados intermédios ou diretamente numa sala de partos. Embora se preconize a prestação de cuidados na sala de intermédios até a fase ativa do trabalho de parto (Campos, D., et al., 2014), habitualmente, as famílias mantêm-se nesta sala até atingir os seis centímetros de dilatação de colo uterino. No entanto, define-se o início da fase ativa de trabalho de parto quando são atingidos os quatro centímetros de dilatação, com

80% de extinção do colo uterino e contrações uterinas rítmicas e regulares (Campos, D., et al., 2014).

Também, quando a utente é admitida no serviço, inicia-se a realização do processo de enfermagem. Neste, há um diagnóstico comum para todas as parturientes *“Trabalho de parto”*, já que se considera o *“Evento ou Episódio”* em que acontecem *“processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta”* (CIPE, 2010, p.104). No entanto, o *status* associado a este diagnóstico varia de casal para casal. Este facto deve-se ao tipo de preparação realizada e aos conhecimentos prévios sobre o trabalho de parto e parto ou sobre outros aspetos como podem ser as medidas não farmacológicas de controlo da dor.

Atendendo a este último dado, a maioria das parturientes referia dor suscetível de contrações uterinas. Em consequência disso outro diagnóstico foi levantado *“Dor de trabalho de parto”* definida como uma *“sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”* (CIPE, 2010, p.50). A dor do trabalho de parto é multifatorial. Assim, são vários os fatores responsáveis por esta sensação. As contrações uterinas ao distender as fibras do útero e provocar hipoxia, a dilatação do colo do útero ou a pressão sobre as estruturas e nervos anexos, fazem parte da etiologia (Almeida, N., et al., 2005) (Pereira, R., Cecatti, J., e Oliveira, A., 1998). Outro componente que afeta a dor é a ansiedade. As emoções negativas provocam libertação de adrenalina que leva à hiperventilação, podendo provocar transtornos no equilíbrio ácido-base ao aumentar as bases e, portanto, alcalizar o meio interno. Por esta mesma razão produz-se também eliminação de dióxido de carbono, o que causa aumento das contrações musculares (Gervitz, R., Schwartz, M., 2003) (Neto, A., 2011). Apesar do dito anteriormente, a dor é variável, sendo que a sensação e a localização da dor, vão-se alterando com a progressão do trabalho de parto, orientando assim, os profissionais na evolução do mesmo. As medidas de controlo não farmacológico da dor mais utilizadas no serviço são a musicoterapia e as técnicas de respiração. Assim, um fio musical acompanha todas as salas do serviço. Na sala de partos, o fio musical liga-se atendendo às preferências do casal. No entanto, na sala de observações com espaço para quatro casais, está habitualmente ligado. No que concerne à respiração, esta, é uma técnica que foi utilizada em todas as fases do trabalho de parto, adaptando a sua utilização ao momento que se estava a viver. Durante o trabalho de parto a respiração mais treinada foi a diafragmática, ou primeiro tipo de respiração. Para isso, incentivaram-se as parturientes a inspirar lentamente pelo nariz, *“como se estivessem a cheirar algo agradável, ex: uma flor”* sendo que depois eram

inventivadas a expirar pela boca de maneira lenta “*a inclinar a chama duma vela sem a apagar*”. Este tipo de respiração associa-se à tranquilidade e relaxamento e permite-lhes manter o foco de atenção, aumentando assim o nível de calma (Neto, A., 2011), ajudando-lhes, portanto, a ultrapassar a sensação de dor/desconforto.

Tal como nomeado, a ansiedade, é um fator potenciador da dor. Muitos medos e mitos que surgem em torno do parto tornam-se mais fortes quando chega o momento do mesmo. Por isso, o sentimento de medo à entrada pode ser comum. Sabe-se que o círculo medo-ansiedade-dor, não favorece o trabalho de parto (OE, 2010). Atendendo a isto, e tal como se observou durante o estágio, o conhecimento sobre o parto, fornece aos casais um sentimento de segurança que os ajuda a controlar o medo, a ansiedade e, portanto, a dor. Deste modo, destaca-se a importância das intervenções de preparação para o parto, realizadas no hospital ou na comunidade. As intervenções de preparação para o parto são um recurso de ajuda para controlar estes fatores. Uma das razões deste benefício, é que durante o seu percurso, permite a desmitificação do que a sociedade transmite sobre o parto, nomeadamente prejuízos, experiências passadas e mitos (Martínez Galiano, J., e Delgado Rodríguez, M., 2014). Este facto foi verificado durante o estágio, já que os casais que tinham assistido à preparação para o parto mostraram-se mais seguros e participativos. Também as parturientes se mostravam mais confiantes com os procedimentos que eram realizados e conheciam a evolução do trabalho de parto. Assim, algumas utentes estavam prontas para ultrapassar muitas horas de internamento acompanhando-se de livros e da sua música. No entanto, outras utentes que não assistiram à preparação para o parto mostraram-se exaustas nas duas ou três horas a seguir ao internamento, sentimento acompanhado por vezes, do pensamento de que a evolução do trabalho de parto estava a ser patológica. Assim, foi necessário encorajar estas parturientes a expressarem os seus sentimentos e explicar-lhes a evolução normal do trabalho de parto. Além das parturientes, muitos companheiros que assistiram à preparação para o parto, acompanhavam a parturiente nas contrações uterinas, solicitavam colaborar em coisas simples como a realização de uma massagem, ofereciam água ou simplesmente hidratavam os lábios da utente com batão de cíeiro.

Atualmente, embora a gravidez seja considerada um processo de saúde, os cuidados fornecidos à grávida continuam a ser muito intervencionistas. Este modelo de assistência leva a esquecer a autonomia do casal para escolher algumas das intervenções sobre o parto. Para que o casal consiga sentir-se seguro e assim possa exercer com mais autonomia, é necessário, mais uma vez, a educação durante a gravidez. Fornecer à mulher conhecimentos sobre a sua anatomia, assim como sobre as alterações que acontecem durante a gravidez e

a fisiologia do trabalho de parto, permitir-lhe-á perceber a gravidez e olhar para o parto como um ato fisiológico (Henriques, M. e Rodrigues, S., 2010). Concordando com esta informação, alguns estudos, confirmam que uma menor dedicação na preparação para o parto e para a gravidez tem como consequências uma maior taxa de complicações, quer no parto, quer no pós-parto (Reynolds, A., et al., 2004); (Marinho, C. e Leal, I., 2004). As capacidades obtidas na preparação para o parto, permitem-lhe adquirir competências para agir com autoeficácia, segurança, firmeza e autoestima. Esta atitude conhece-se como empoderamento (Pereira, C., et al., 2011). Tal como se depreende do supracitado, um casal empoderado, pode não só avaliar a qualidade dos cuidados prestados, mas também tomar a responsabilidade pela sua própria saúde, promovendo, neste caso, um parto saudável (Mesquita, A., 2005). Deste modo, o casal poderá elaborar um plano de parto, no qual regista as suas expetativas para o momento do parto. Quando se incentiva o casal a realizar o mesmo, deve-se explicar que este plano estará sujeito a modificações, caso a situação clínica assim o requeresse. É portanto, imprescindível, realizar este documento de maneira informada.

Apesar do nomeado anteriormente e provavelmente devido à organização, ainda paternalista, do sistema de saúde, nenhum casal mostrou um plano de partos escrito, embora muitos chegassem com conhecimentos e com expetativas bem definidas. De acordo com este facto, durante o estágio, deu-se a oportunidade de acompanhar um casal que tinha expetativas bem definidas, estas foram: não realizar analgesia por via epidural a não ser que a parturiente assim o solicitasse, fazer o contacto pele com pele após ao nascimento, não cortar o cordão umbilical até que este deixasse de pulsar e ser o pai a realizar esta intervenção. No entanto, o facto de a parturiente ter solicitado a analgesia por via epidural, diminuiu a autoestima do casal. Assim, eles chegaram a referir não se acharem com direito a solicitar as outras intervenções que planearam para o parto. No entanto, e tal como solicitaram, as restantes atitudes foram levadas a cabo. Assim, o recém-nascido foi colocado pele com pele, após o nascimento, a clampagem do cordão umbilical retardado, sendo que o cordão foi cortado pelo pai. Tomando este facto como exemplo, pode-se constatar como casais que têm empoderamento e chegam informados à sala de partos, sendo que têm capacidades para gerir a situação, são suscetíveis a uma diminuição da sua própria confiança ao alterar algum dos seus planos.

Ainda na sala de observações também são realizadas outras intervenções. Assim, são monitorizados os sinais vitais de quatro em quatro horas ou sempre que necessário. Também, o exame tocológico está preconizado de duas em duas horas (Campos, D., et al., 2014). Apesar desse dado, este também se realizou caso a parturiente referisse alterações

no tipo de dor que apontasse para a evolução do trabalho de parto, nomeadamente os esforços expulsivos. O exame tocológico permitiu diagnosticar a progressão do trabalho de parto mediante a avaliação do colo uterino quanto à dilatação e extinção, assim como à descida do feto e ao estado das membranas amnióticas (Branden, P., 2000) (Santos, A., e Souza, K., 2009). Aquando da rotura das membranas, este exame permitiu avaliar a variedade fetal e as características do líquido amniótico que orienta para o bem-estar fetal. A respeito deste exame, este mexe diretamente com a intimidade da mulher e/ou do casal. Por essa razão, é importante propiciar um ambiente calmo e recetivo que facilite a diminuição da ansiedade que provoca o exame (Branden, P., 2000) (Santos, A., e Souza, K., 2009). Durante este procedimento, além de mostrar empatia foi importante estar alerta para a linguagem não-verbal. Por isso, ademais da autorização verbal da mulher, outros sinais, como a ausência de rigidez muscular ou as expressões faciais apontaram para o consentimento da intervenção (Santos, A., e Souza, K., 2009). Concordando com isto, durante o estágio, tentou-se respeitar os tempos das parturientes para a realização do toque vaginal, bem como também se treinaram outras estratégias para facilitar o toque. Deste modo, quando a utente apresentava rigidez muscular era convidada a realizar a respiração diafragmática ou outras técnicas de distração.

Outra medida de vigilância que se realizou na sala dos cuidados intermédios foi a vigilância do bem-estar fetal. O alvo principal desta monitorização é diminuir a morbilidade fetal. A monitorização permite identificar as situações em que o feto está em situação comprometida, permitindo assim atuar em consequência (SEGO, 2005). Na maioria dos casos, a vigilância realizou-se através da monitorização fetal externa da frequência cardíaca. Este método de monitorização intraparto é o recomendado pela FIGO sempre que a qualidade do traçado seja aceitável (Ayres-De-Campos, D., Spong, C. e Chandraharam, E., 2015). Atendendo a isto, quando o traçado obtido mostrava perda de sinal, mesmo com reposicionamento da sonda ou ante a dúvida de alguma patologia, nomeadamente alguma arritmia, era realizado controlo interno. A monitorização interna, além de avaliar a frequência cardíaca, também avalia o bem-estar fetal através dos intervalos dos ciclos cardíacos. Contudo, são necessárias condições para permitir a sua aplicação, nomeadamente a rotura de membranas e a ausência de infeção de transmissão vertical. Também, este método deve ser evitado em fetos muito prematuros, com idade gestacional inferior às 32 semanas de gestação (Ayres-De-Campos, D., Spong, C. e Chandraharam, E., 2015).

Contudo, tal como o nomeado, a cardiotocografia é a primeira eleição para vigiar o bem-estar fetal. Todavia, esta pode ser utilizada de maneira contínua ou intermitente. Alguns

dados assinalam a vantagem da cardiocografia intermitente quando comparada com a contínua. Assim, mostraram-se benefícios quanto a um menor risco relativo de parto distócico ou à hora de avaliar o índice APGAR (Nardin, J., 2007). Por outro lado, apesar de serem controversos os benefícios da monitorização contínua, vários autores (Ayres-De-Campos, D., Spong, C. e Chandraharam, E., 2015) indicam que para algumas situações específicas este deveria ser o método a utilizar. Estas situações são aquelas de maior risco de hipoxia fetal, quer por condições maternas, tais como febre, ou por outras causas como: a restrição de crescimento fetal, o líquido amniótico com mecónio, a taquissistolia, a analgesia por via epidural ou a indução do trabalho de parto (Ayres-De-Campos, D., Spong, C. e Chandraharam, E., 2015). No protocolo sobre *“os cuidados assistenciais de rotina durante o trabalho de parto”* de medicina materno-fetal, indica como cuidado de rotina a *“avaliação cardiocográfica durante 30 minutos em cada 2 horas, se não tiver havido recentemente utilização de ocitocina e/ou prostaglandinas (...) Nas restantes parturientes preconiza-se a cardiocografia contínua externa”* (Ayres-De-Campos, D., et al., 2014, pp.209). Apesar do nomeado, a monitorização que se realizou na sala de partos foi a contínua. Este sistema, ainda tem outra desvantagem, a imobilização no leito devido à necessidade de estar continuamente ligada ao cardiocógrafo. Esta situação pode ser ultrapassada com o sistema de telemetria, uma vez que este permite transmitir o sinal sem cabos.

Atendendo à liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, o mesmo protocolo sobre os cuidados assistências, preconiza a liberdade de movimentos para as parturientes em que as membranas ainda se mantêm íntegras e se não estiverem a usufruir da analgesia por via epidural (Ayres-De-Campos, D., et al., 2014). Independentemente do nomeado, quando as parturientes não estão no leito, referem tolerar melhor a dor além de se ter demonstrado uma diminuição dos partos instrumentalizados (Albers et al., 1997) (Mamede, F., Almedia, A., e Clapis, M., 2004). Ainda, Mamede, F., Almedia, A., e Clapis, M. (2004), na sua revisão demonstraram uma diminuição da duração do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto quando era permitida a deambulação. Uma das justificações utilizadas a favor dos benefícios da deambulação está na sinergia da força da gravidade junto com a força em sentido descendente da contração (Mamede, F., Almedia, A., e Clapis, M., 2004). Independentemente do nomeado anteriormente sobre os benefícios da mobilização na fisiologia do parto (Mamede, F., Almedia, A., e Clapis, M., 2004), na sala de partos, a deambulação é muito limitada, sendo uma das justificações a este comportamento a já citada monitorização contínua. Apesar do nomeado, quando as membranas ainda estavam íntegras ou quando o feto estava encravado, caso a parturiente o solicitasse ou em trabalhos de parto

prolongados foi incentivada a movimentação. Tal como se depreende do supracitado, nestes casos, quando as parturientes estavam ligadas ao aparelho de telemetria do serviço, a liberdade de movimento era maior do que aquelas que estavam ligadas aos aparelhos convencionais. Ainda outros movimentos incentivados foram as básculas e outros exercícios como a rotação da pelve na bola de pilates. Esta atitude de movimentação tem benefícios na duração do trabalho de parto. Assim, Mamede et al., (2007), confirmaram que as parturientes que deambularam nas três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, minimizaram a duração do mesmo. Neste estudo, a redução em média foi de 22 minutos na primeira hora da fase ativa, 10 minutos na segunda e seis minutos na terceira. Além das evidências científicas, no campo de estágio, foi confirmado o benefício da movimentação. Dessa maneira, muitas das parturientes referiam sensação de conforto quando se movimentavam, nomeadamente para a posição de sentadas ou quando eram transferidas da sala dos cuidados intermédios para a sala de partos. Assim, a parturiente percorria a distância que separa a sala dos cuidados intermédios da sala de partos, deambulando sempre e quando, as parturientes referissem ter sensibilidade e força nos membros inferiores. Durante este momento, acompanhou-se as parturientes respeitando o tempo das contrações uterinas sucedidas no trajeto. No decorrer destes momentos foram utilizadas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. Deste modo, parava-se a caminhada e ajudava-se a parturiente a adotar a posição de conforto, a posição adotada mais frequentemente era a de cócoras. Contudo, não há uma posição universal que forneça conforto a todas as parturientes (Porto, A., Amorim, M. e Souza, A., 2010). Durante este processo, também era treinada a técnica da respiração diafragmática ou primeiro tipo de respiração. Esta conduta discorda levemente com a preconizada no protocolo de *“cuidados assistenciais de rotina durante o trabalho de parto”*, uma vez que indica a possibilidade de deambulação só naquelas parturientes que não tiveram rotura de membranas e que não estejam a usufruir da analgesia por via epidural (Ayres-De-Campos, D., et al., 2014). Apesar do nomeado anteriormente, as parturientes passam a maior parte do trabalho de parto em repouso no leito, esta posição é a que tem sido assumida por ser a mais conveniente para o pessoal de saúde desde o seu internamento (Porto, A., Amorim, M. e Souza, A., 2010). No entanto, sabe-se que a posição supina pode levar à compressão da aorta e da veia cava pelo peso do útero grávidico afetando a perfusão da placenta e portanto a oxigenação fetal (Nardin, J., 2007). Por essa razão, a posição supina foi evitada, recomendando como preferência o decúbito lateral esquerdo (Porto, A., Amorim, M. e Souza, A., 2010). Contrariamente ao mencionado, faltam evidências com boa sustentação que indiquem os benefícios da deambulação ou qual a

melhor posição a adotar no trabalho de parto. Ante esta situação, as mulheres devem ser encorajadas a adotar a posição mais confortável (Porto, A., Amorim, M. e Souza, A., 2010).

Uma das indicações cumpridas é a indicação de jejum. Esta indicação faz referência aos alimentos sólidos, permitindo a ingestão de água ou outros líquidos claros, como o chá. A indicação de jejum por parte da equipa médica fundamenta-se como previsão de complicações. Esta conduta diminui o risco de aspiração, também conhecido como síndrome de Mendelson, principalmente em caso de anestesia geral (Porto, A., Amorim, M. e Souza, A., 2010). No entanto, o jejum não é garantia do esvaziamento gástrico completo (Herrera, B., et al., 2006). Ademais, na atualidade, é incomum a utilização de anestesia geral no trabalho de parto. Ainda discordando com esta indicação, não se identificaram benefícios nem prejuízos para restringir a entrada de alimentos durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco (Singata, M., Tranmer, J. e Gyte, G., 2010). Também, a ingestão de alimentos leves durante o trabalho de parto previne a cetose (Porto, A., Amorim, M. e Souza, A., 2010). Por isso, a ingestão de líquidos claros, além de ser permitida, foi incentivada. Ademais dos benefícios estudados, durante o estágio, comprovou-se como esta conduta fornece conforto à parturiente.

Outra conduta protocolada é a administração de soroterapia. Esta é realizada com glucose a 125ml/h. Por conseguinte, um aceso venoso foi canalizado à entrada, que também serviu como prevenção diante de qualquer complicação que possa acontecer. Embora esta atitude seja razoável, para alguns autores, poderia não ser imprescindível dado que se está a realizar uma avaliação contínua da evolução do trabalho de parto, e portanto, dos riscos (Herrera, B., et al., 2006). Para os mesmos autores, a administração contínua de líquidos intravenosos não se justifica enquanto a parturiente se encontre bem hidratada e não fadigada, uma vez que a ingestão de líquidos e alimentos leves deveria estar permitida (Herrera, B., et al., 2006). No entanto, quando comparada a administração de líquidos intravenosos com a ingestão de líquidos via oral, demonstrou-se uma redução da duração do trabalho de parto nas parturientes que receberam líquidos intravenosos, no entanto, este estudo apresenta evidências limitadas (Dawood, F., Dowswell, T. e Quenby, S., 2013). Ainda, a administração de fluidos intravenosos em mulheres nulíparas em jejum, sem ingestão de líquidos, sugeriu redução do tempo de trabalho de parto quando administrada a um débito de 250ml/h em comparação a quando administrada a 125ml/h (Dawood, F., Dowswell, T. e Quenby, S., 2013). Os autores justificam este facto, baseando-se na redistribuição de fluidos, priorizando áreas que não o útero quando se produz diminuição de líquidos intravasculares, como pode ser em caso de desidratação (Dawood, F., Dowswell, T. e Quenby, S., 2013). No entanto, no

mesmo estudo, apontam para uma possível relação da elevação da pressão venosa quando administrados mais de um ou dois litros de líquidos intravenosos, elevando também o esforço cardiovascular e aumentando o risco de edema a nível pulmonar. Ainda, Dawood, F., Dowswell, T. e Quenby, S., (2013), demonstraram a influência que esta hidratação intravenosa tem nos recém-nascidos. Concluíram também, que os recém-nascidos de mães que receberam mais de 200 ml/h evidenciaram uma maior perda de peso aos três dias quando comparados com os filhos das parturientes que receberam 100 ml/h (Chantry, C., et al., 2011) (Dawood, F., Dowswell, T. e Quenby, S., 2013). Os mesmos autores concluem que apesar de ser preciso a realização de mais estudos, a solução de dextrose a 5% incrementa o risco de hiponatremia quer na mãe, quer no recém-nascido.

Tal como se depreende do supracitado, o casal passa uma grande parte do primeiro estágio do trabalho de parto na sala de cuidados intermédios. Este estágio é dividido em fase latente e fase ativa. Ainda outros autores (Lowdermilk, P. e Perry, S., 2008) dividem o mesmo, em três fases atendendo aos centímetros de dilatação do colo uterino, sendo estas: a fase latente, até aos três centímetros; a fase ativa, dos quatro até os sete centímetros e a fase de transição dos oito aos dez centímetros (Lowdermilk, P. e Perry, S., 2008). Apesar de que o protocolo de medicina materno-fetal recomenda a transferência da parturiente para a sala de partos quando se produzem os quatro centímetros de dilatação, este só é realizado no final da fase ativa do trabalho de parto.

Habitualmente, quando a parturiente chega à sala de partos já tem rotura de membranas. Um dos parâmetros a avaliar durante o trabalho de parto são as características do líquido amniótico. Assim, o aspeto do líquido amniótico orienta para o diagnóstico do bem-estar fetal e ainda pode indicar sobre a idade gestacional (Ochoa, J. e Restrepo, J., 1990) (Lowdermilk, P. e Perry, S., 2008). Este último facto explica-se devido à evolução das características do mesmo com as semanas de gestação. Considera-se que quando atinge as 35-36 semanas de gestação o seu aspeto é amarelado. Já no termo da gestação, às 37-38 semanas este passa a ser claro. Posteriormente, muda para branco por volta das 39 semanas, sendo mais espesso às 40-41 semanas de gestação (Ochoa, J. e Restrepo, J., 1990). Na atualidade, e na realidade em que a sociedade está imersa, a avaliação destas características normais do líquido amniótico, perderam relevância, talvez devido à datação da idade gestacional pela ecografia. Apesar disso, ainda chegam parturientes ao serviço com gravidezes mal vigiadas, ou ainda se apresentou um caso de gravidez não vigiada por referir desconhecimento da mesma. No entanto, as características do líquido amniótico continuam a ser importantes para avaliar outras situações tais como as nomeadas a seguir. Assim,

observou-se um caso de líquido tingido de vermelho, cor associada habitualmente à hemorragia (Ochoa, J. e Restrepo, J., 1990). Neste caso, a cor do líquido amniótico associado às características de dor, definidas como contínua, orientou para o diagnóstico médico de rutura uterina, confirmada durante a realização da cesariana. Não obstante, a característica anormal que se observou com mais frequência durante o estágio foi a cor esverdeada que implica presença de mecônio podendo relacionar-se com sofrimento fetal (Ochoa, J. e Restrepo, J., 1990). Apesar deste dado ser uma situação de sobreaviso, os cuidados a realizar antes do parto conservam-se, focando-se na monitorização do bem-estar fetal, através da cardiotocografia. Após o nascimento, se o recém-nascido apresenta baixo tónus ou dificuldade em iniciar a respiração, precisará de ser aspirado. Neste caso, as recomendações indicam a aspiração a nível da faringe e da traqueia, antes de ser estimulado. Não obstante, mesmo que o líquido amniótico esteja tingido de mecônio, se o recém-nascido tem um choro vigoroso, já não se preconiza a aspiração (Sanz Iriondo, M., et al., 2008).

Apesar do nomeado, quando a rotura de membranas não se deu espontaneamente, executou-se a amniotomia. Atualmente, esta é uma prática comum em muitos países. Este procedimento realizou-se com o intuito de aumentar a dinâmica das contrações uterinas. O aumento da contratilidade poderia estar relacionado com a libertação de substâncias químicas no líquido amniótico que levam a uma maior atividade do músculo uterino (Smyth, R., Alldred, S. e Markham, C., 2009). No entanto, uma revisão da literatura em que se incluíram 14 estudos com 4893 parturientes, não demonstrou que a amniotomia encurta o trabalho de parto (Smyth, R., Alldred, S. E Markham, C., 2009). Não obstante, outras complicações podem acontecer com este procedimento, nomeadamente prolapsos do cordão umbilical, alterações da frequência cardíaca fetal e ainda um aumento da taxa de cesarianas (Smyth, R., Alldred, S., e Markham, C., 2013). Apesar disso, ante um trabalho de parto prolongado com ausência de contrações uterinas regulares, a rotura artificial de membranas junto com a administração de ocitocina são atitudes recomendadas pela OMS (2014), para incentivar a evolução do mesmo. Independentemente desta recomendação, ambas as atitudes, não estão recomendadas em fases precoces do trabalho de parto, mesmo que se tenha detetado uma progressão lenta do mesmo (OMS, 2014). Apesar das evidências, a amniotomia foi utilizada como prática habitual. Nestes casos, antes da realização da mesma, foi sempre explicado ao casal o procedimento. Devido à política de monitorização contínua, avaliava-se o traçado já realizado e comparava-se sempre com a frequência cardíaca fetal após amniotomia e com o traçado posterior. Concordando com a literatura, evidenciaram-se casos de desacelerações não prolongadas da frequência cardíaca fetal durante a realização de

alguma amniotomia. Quando isto aconteceu, a frequência cardíaca fetal reverteu sem necessidade de tomar medidas além das mudanças de posição. Esta situação também se justifica pela postura adotada para a realização da rotura de membranas, uma vez que esta é a posição supina. Após a realização da rotura de mebranas, as caraterísticas do líquido amniótico: cor, odor e consistência registaram-se junto com a hora e a data de realização do procedimento (Lowdermilk, P. e Perry, S., 2008). Contudo, durante o estágio, observou-se o nascimento de um recém-nascido, dentro da bolsa amniótica. Esta recém-nascida era a segunda gémea de uma gravidez gemelar, bi-amniótica e bicoriónica. Durante o trabalho de parto foi realizada a amniotomia na bolsa do primeiro gémeo com o propósito de dirigir o parto optando por não manipular o nascimento da segunda gémea, devido à velocidade em que se sucedeu o nascimento da mesma.

Tal como foi referido, quando atingidos os seis-sete centímetros de dilatação, a parturiente passou à sala de partos. Nesta sala, mantêm-se os cuidados realizados na sala de cuidados intermédios. Não obstante, o espaço físico da sala permite manter um melhor ambiente de conforto. O casal passa neste momento a usufruir de maior intimidade ao ter uma sala individual. Além disso, o ambiente, a intensidade da luz, a música e a temperatura geriram-se de acordo com a preferência do casal. Nestas salas, devido a um maior espaço, foi mais fácil utilizar medidas de conforto como a massagem em que se implicava os parceiros, sempre que possível. Ainda, apesar das dificuldades propiciadas pela monitorização contínua, foi mais fácil fomentar a mobilidade da parturiente dentro da sala. Assim, em alguns casos, a utente foi incentivada a sentar-se na bola de pilates, onde foram treinados exercícios como as básculas, facilitando a descida do feto no canal de parto, ou a deambulação, sempre por perto do cardiotocógrafo. Tal como o mencionado anteriormente, as posturas ativas, junto com a deambulação contribuem para o conforto e associam-se à menor duração do trabalho de parto. Além disso, esses factos vêm-se retribuídos numa maior satisfação com o processo de cuidados (Silva, L., et al., 2011).

Já na sala de partos, informou-se o casal continuamente da progressão do trabalho de parto. Assim, informaram-se dos motivos pelos quais era necessário realizar o exame vaginal e qual a sua evolução adaptando sempre a linguagem ao casal. Atendendo a isso, alguns recursos foram utilizados para permitir a compreensão do que se estava a avaliar. Com respeito ao dito anteriormente, utilizou-se inúmeras vezes uma metáfora em que se comparava o canal de parto com um prédio de quatro andares. Isto permitiu explicar a muitos casais, que mesmo com a dilatação completa, ou a “porta aberta”, ainda não estava na altura de iniciar os esforços expulsivos. Depois do exame vaginal, os dados obtidos, a dilatação, a extinção do

colo uterino, a descida da apresentação e a variedade eram registrados no partograma. Este recurso além de ter a função de registro, permitiu obter de maneira rápida uma visão sobre a evolução do trabalho de parto. Assim, o partograma iniciou-se aquando da entrada da parturiente no serviço. No entanto, o momento adequado seria a fase ativa do trabalho de parto, já que se sabe que iniciar o partograma na fase latente leva à realização de intervenções desnecessárias, como a realização da amniotomia ou a administração de ocitocina (Lavender, T., Hart, A. e Smyth, R., 2012). Desta maneira, quando o partograma é iniciado na fase latente (sendo esta uma fase que evolui mais lentamente), ou quando os internamentos se prolongam na sala de partos, provocam a sensação de um trabalho de parto prolongado, tendo como consequência a realização de intervenções por parte dos profissionais com o objetivo de acelerar a sua evolução.

Tal como foi nomeado a avaliação do partograma, do mesmo modo que outros elementos orientam para a previsão da evolução do trabalho de parto. As variáveis que ajudam nesta orientação são: a estática, a paridade ou a bacia obstétrica. No que se refere à bacia, esta divide-se em três estreitos. Assim, fala-se de encravamento quando o diâmetro transversal do polo cefálico passa através do estreito superior. Posteriormente, produz-se a descida que se segue da flexão da cabeça fetal produzida pela resistência que o feto encontra no canal de parto. Habitualmente com a chegada à altura das espinhas isquiáticas o feto realiza a rotação interna para chegar nessa posição ao quarto plano de Hodge. Quando o plano da vulva é atingido dá-se a extensão da cabeça exteriorizando-se o polo cefálico. Nesse momento, o feto realiza uma rotação externa retomando a posição anterior, mantida antes da rotação interna. Desta maneira, o diâmetro biacromial posiciona-se no diâmetro ântero-posterior da bacia, facilitando a expulsão dos ombros (Graça, L., 2010). Apesar do supracitado, na prática clínica, diagnosticaram-se alterações no mecanismo do trabalho de parto. Estas relacionaram-se habitualmente com o mecanismo ou a dinâmica do trabalho de parto. Nestes casos, em que estavam relacionadas com o mecanismo, os partos resultaram muitas vezes em partos distócicos auxiliados por ventosa ou por cesariana. Um exemplo disto, foram os trabalhos de parto estacionários terminados sempre em intervenção por cesariana. Considera-se trabalho de parto estacionário quando não há evolução do mesmo durante um período de tempo. Este intervalo varia atendendo à fase do trabalho de parto. Assim, considera-se fase latente prolongada quando se prolonga além das 20 horas nas nulíparas e das 12 horas nas múltiparas. Na fase ativa, define-se como estacionária a ausência de modificações a nível cervical durante quatro horas, sempre que se esteja a realizar perfusão ocitócica. Já no período expulsivo considera-se prolongado quando vão além das

duas horas nas nulíparas e de uma hora nas múltiparas podendo aumentar uma hora caso a parturiente esteja sob analgesia locorregional (Barros, M., Ayres-De-Campos, D., 2014). Contudo, as causas podem proceder de uma distocia mecânica, quer por causa da bacia materna, quer por causa do feto, podendo ser esta relativa a: situação, apresentação ou variedade anômala. Tal como nomeado, também podem dever-se a anomalias da bacia materna ou por uma causa mista como pode ser a incompatibilidade feto-pélvica. Não obstante, a distocia também pode ser dinâmica, quer por hipotonia ou por hipertonia (Barros, M., Ayres-De-Campos, D., 2014). A situação mais observada foi o trabalho de parto estacionário na fase ativa, sem chegar a atingir a dilatação do colo uterino completa, ou uma vez atingida a não descida do feto pelo canal de parto.

Contudo, quando atingida a dilatação cervical completa, a parturiente foi encorajada a realizar esforços expulsivos quando sentisse vontade. Apesar disso, o incentivo não era contínuo até ao momento em que a cabeça fetal atingia o terceiro plano de Hodge, com a intenção de evitar a exaustão da parturiente. No entanto, o efeito da analgesia por via epidural, por vezes retirava-lhe a sensação da vontade de puxar, não identificando essa necessidade. Por isso, nesta altura, aguardou-se a diminuição do efeito da analgesia, até à manifestação da vontade de puxar, momento em que era reavaliada a descida do feto com os esforços expulsivos. Evitaram-se assim os esforços expulsivos precoces, que embora reduzam a duração do período expulsivo, aumentam a possibilidade de partos instrumentalizados e de lesões do assoalho pélvico (Amorim, M., Porto, A., e Souza, A., 2010). Além disso, esta prática permitiu negociar as doses da analgesia perto do período expulsivo. Assim, se os esforços ainda não se consideraram efetivos ou se a apresentação ainda estava no primeiro ou segundo plano de Hodge, uma nova dose de analgesia era administrada, aguardando mais tempo para retomar os esforços expulsivos. Apesar disto, muitas das vezes, as parturientes optaram pela administração da medicação por via epidural mesmo com esforços expulsivos efetivos e expulsivo quase iminente, levando a períodos expulsivos com puxos dirigidos.

Tal como nomeado, a preferência pelos puxos tardios, aqueles em que a parturiente se orienta pelo reflexo de Ferguson, tem-se traduzido na diminuição significativa de partos instrumentalizados, assim como num decréscimo de taxa de cesarianas. Ainda, optar pelo puxo tardio tem levado a um período mais prolongado do período expulsivo passivo, desde a dilatação cervical completa até ao começo dos esforços expulsivos que leva a um encurtamento da considerada fase ativa em que os puxos já foram iniciados (Amorim, M., Porto, A., e Souza, A., 2010). Esta conduta levou a uma maior oportunidade para os partos se

desenvolverem de forma espontânea. No entanto, sabe-se que optar pelos puxos precoces diminui a fase do expulsivo. Concordando com esta orientação, durante o estágio, as parturientes nunca se posicionaram para o período expulsivo antes que a apresentação fetal estivesse no terceiro plano de Hodge. A experiência permitiu observar, que, mesmo que as parturientes estivessem a usufruir da analgesia por via epidural referiam a vontade de puxar, dado que orientava o período expulsivo. Ainda, quando as parturientes eram posicionadas nesta fase, manifestavam menos sensação de cansaço colaborando até a expulsão da cabeça fetal. Discordando com esta intervenção, quando as parturientes eram posicionadas numa fase mais precoce, o cansaço fazia com que a efetividade dos puxos fosse menos efetiva, terminando muitas das vezes em partos instrumentalizados.

É nesta altura, no período expulsivo, que o recém-nascido atravessa a musculatura do assoalho pélvico. Consequentemente, a proteção das estruturas do períneo passa a ser um dos alvos de atenção, uma vez que se conhece que a incontinência urinária ou outras lesões como os prolapsos têm a sua etiologia no parto (Azcúe Amóstegui, J., et al., 2004). Portanto, os esforços expulsivos também são importantes no que se refere à integridade do assoalho pélvico. Além de escolher o momento do início dos esforços expulsivos, tal e como se depreende do supracitado, os esforços expulsivos podem ser realizados de forma dirigida ou espontânea. Quando se indica um puxo dirigido, em inspiração forçada ou apneia inspiratória, o diafragma exerce uma força em sentido céfalo-caudal. Este movimento provoca a anteversão do útero, forçando a apresentação para a parte posterior do períneo. Exerce-se assim, um estiramento máximo do períneo, que pode ativar um reflexo miotático (evita que o músculo estire em excesso), provocando por conseguinte a contração dos músculos e ligamentos afetados. Esta situação de contração é favorecedora de episiotomias, danos no períneo e paragem do período expulsivo (Azcúe Amóstegui, J., et al., 2004). Não obstante, o puxo fisiológico é realizado em inspiração, pelo que a cúpula diafragmática ascende. Os músculos que se contraem são os músculos oblíquos e transversos abdominais que atuam complementando a força da contração uterina. Este puxo aumenta a força, a intensidade e a eficácia do mesmo, resultando em menores danos do assoalho pélvico (Azcúe Amóstegui, J., et al., 2004). No entanto, e apesar do supracitado, os esforços expulsivos dirigidos foram aqueles que foram treinados e realizados em sala de partos. Dessa maneira, incentivava-se à parturiente a realizar estes esforços durante as contrações. Para isso, acompanhava-se durante as contrações uterinas treinando o puxo, incentivando-a a inspirar profundamente, reter o ar e realizar o esforço expulsivo em apneia. Este esforço respiratório denomina-se manobra de Valsalva. Esta prática tinha como objetivo reduzir a segunda fase

do trabalho de parto. No entanto, apesar desse benefício, o seu uso é controverso, uma vez que compromete o bem-estar fetal ao piorar o intercâmbio de gases, assim como, a integridade do assoalho pélvico (Álvarez-Burón, E. e Arnedillo-Sánchez, M., 2010).

Apesar do nomeado, assistiu-se a dois partos em que as parturientes apresentaram “*autocontrole*” não demonstrado (CIPE, 2010, p.41). Assim, uma das parturientes iniciou os esforços expulsivos aos seis centímetros de dilatação de maneira espontânea. Uma vez diagnosticada a situação orientou-se a parturiente para o terceiro tipo de respiração, com o alvo de controlar a vontade do puxo. No entanto, a utente continuou com os esforços expulsivos e não conseguiu lidar com a situação. Contrariamente, no outro caso, a parturiente que deu entrada com dilatação completa e que desconhecia o seu estado gravídico, negava-se a colaborar com os esforços expulsivos até que uma vez ativado o reflexo de Ferguson estes surgiram de forma espontânea. Em ambos os casos, as parturientes, já multíparas, orientaram o puxo de forma espontânea, com boa evolução do período expulsivo, resultando em partos eutócicos com períneos íntegros.

Na hora do período expulsivo, outro fator tem um papel importante, a posição eleita. A posição de litotomia está amplamente aceite na sociedade e momento atual. No entanto, outras posições, como podem ser a de *Sims*, a de quatro apoios ou outras verticais, nomeadamente de cócoras ou sentada podem trazer benefícios no trabalho de parto (Amorim, M., Porto, A., e Souza, A., 2010). As posições verticais ou a de *Sims* relacionam-se com um decréscimo da taxa de episiotomias, assim como com uma redução do nível de dor. Além disso, nestas posições há uma redução nas alterações da frequência cardíaca e uma diminuição da duração do período expulsivo (Amorim, M., Porto, A., e Souza, A., 2010). Contudo, uma maior perda hemática foi evidenciada nestas posições sem que esta tivesse repercussão clínica. Atendendo a isto, os autores concluíram que se deve encorajar as mulheres a posicionar-se de forma confortável para o trabalho de parto (Amorim, M., Porto, A., e Souza, A., 2010).

Durante a prática clínica, posicionaram-se as parturientes em posição ginecológica ou de litotomia. No entanto, tentou-se usufruir da mobilidade da bacia ainda nesta postura. No decurso do trabalho de parto, as articulações da pelve materna estão mais elásticas, permitindo beneficiar-se da relação entre esta flexibilidade e as posições adotadas pela parturiente e para facilitar a passagem fetal. Habitualmente, a mulher faz uma separação dos membros inferiores, movimento conhecido como abdução da pelve. Esta posição permite aumentar o espaço anterior. Dessa maneira, os ísquiones têm um maior ângulo de abertura no plano frontal. No entanto, tem a desvantagem que poderia provocar traumatismos da

sínfise púbica. Ainda, na posição de litotomia, a parturiente tem tendência a separar as rótulas e a aproximar os pés, realizando uma rotação externa da pelve. Todavia, este movimento leva a uma redução dos estreitos médio e inferior da bacia (Germain, B. e Vives, N., 2010). Assim, na sala de partos, muitas vezes, as utentes, que eram posicionadas em posição ginecológica, orientaram-se para apoiar os pés nas pernas, de modo a que ficassem mais para o exterior do eixo médio do que as rótulas, tentando assim conseguir uma rotação interna da pelve. Esta posição é favorecedora do aumento do diâmetro inferior da bacia (Germain, B. e Vives, N., 2010). Além disso, a posição de litotomia provoca um forte apoio na região sagrada, dificultando o movimento de retroversão da articulação sacrococcígea. Por isso, em muitos dos períodos expulsivos foi colocado um travesseiro acima de dita articulação, libertando o espaço inferior para facilitar, assim, a retroversão, e, portanto ganhar entre 0.5-1 cm (MSSSI, 2014) de espaço posterior.

Com os esforços expulsivos, produz-se a saída da cabeça fetal. Neste momento, realizou-se a manobra de Ritgen para reduzir o diâmetro biparietal ao mesmo tempo que se evitava a saída de forma abrupta, permitindo assim, proteger o períneo (MSSSI, 2014). Após a saída da cabeça fetal, solicitou-se à parturiente a interrupção dos esforços expulsivos. Deste modo, passava-se à procura de circulares cervicais antes da exteriorização dos ombros. Caso estas estivessem presentes, se eram largas passavam-se sobre a cabeça fetal ou para atrás dos ombros. Assim sendo, só foram laqueadas previamente aquelas circulares que estavam apertadas. Esta última situação só foi experimentada uma vez durante a realização de um parto que se resolveu sem incidências e, ainda, foi observada em três partos assistidos em que não havia progressão da descida fetal, mesmo com esforços expulsivos, sendo necessário solicitar a colaboração de outros profissionais, uma vez que o traçado da cardiotocografia orientava para o sofrimento fetal.

No percurso do estágio clínico foi verificada uma situação de distocia de ombros. Esta é uma situação emergente, sendo que se considera que a sua resolução não deve ultrapassar os oito minutos para evitar lesões no feto (Ayres-De-Campos, D., 2014). Uma vez diagnosticada a distocia foi comunicado ao neonatologista e ao anestesista, atendendo a que o obstetra e a enfermeira especialista já estavam na sala. Nesta situação, após a exteriorização da cabeça fetal, orientou-se a parturiente para suspender os esforços expulsivos. A suspensão dos mesmos, evita possíveis fraturas de clavícula comumente associadas a lesões do plexo braquial, assim como a rotação da cabeça fetal e a pressão fúndica (Ayres-De-Campos, D., 2014). Posteriormente, foi realizada a episiotomia e iniciadas as manobras externas, iniciando pela manobra de McRoberts em que se fletem os membros inferiores até ao

abdômem. À manobra anterior adicionou-se a de Rubin I, ou pressão suprapúbica. No entanto, nenhuma das manobras foi efetiva, embora habitualmente resolvam a maioria das situações de distocia de ombros (Ayres-De-Campos, D., 2014). Depois de quatro minutos de realização de manobras externas, estas devem ser abandonadas. Não obstante, neste caso, nunca se ultrapassaram os quatro minutos, já que a distocia se resolveu com a manobra de Rubin II, que foi realizada antes de ultrapassar os quatro minutos destinados por protocolo para as manobras externas (Ayres-De-Campos, D., 2014).

Embora estas manobras tenham sido realizadas pelo obstetra, foi possível treiná-las em contexto de aprendizagem. Assim, durante o período de estágio estava a decorrer uma formação em situações de emergência à qual foi possível assistir. Durante esta formação, foram treinadas e fundamentadas situações como a hemorragia pós-parto, a eclampsia e a distocia de ombros.

A episiotomia foi uma prática realizada de forma restritiva durante o estágio hospitalar. Esta decisão baseia-se no conhecimento das vantagens das lacerações quando comparadas com a episiotomia. Igualmente, sabe-se que estas lacerações são menos dolorosas, bem como apresentam uma maior velocidade de recuperação (Romero Martínez, J., e Prado Amián, M., 2002). Além disso, segundo Sánchez Casal, M., (2012) quando realizada a episiotomia, aumentam as probabilidades de lacerações que afetam o esfíncter anal. Por isso, a episiotomia só foi realizada com o objetivo de evitar as lacerações de terceiro e quarto grau, em períneos pouco distensíveis tal como recomendam as evidências (Sánchez Casal, M., 2012) (Romero Martínez, J., e Prado Amián, M., 2002). Ainda Carroli, G. e Belizan, J. (2000), apontam que quando realizada a episiotomia o risco de lacerações de terceiro e quarto grau é maior. No entanto, também conclui que quando não realizada a episiotomia há maior risco de lesões no períneo anterior. Ainda, conclui que o uso de forma restritiva da episiotomia traz mais benefícios do que quando se pratica de maneira rotineira. Quando este procedimento foi executado, optou-se pela episiotomia medio-lateral, já que, embora produza mais dor no pós-parto, diminui o risco de lacerações em sentido do esfíncter anal (Romero Martínez, J., e Prado Amián, M., 2002). Atendendo às vigilâncias necessárias *a posteriori*, esta intervenção implicou o levantamento do foco de *“ferida cirúrgica presente”*.

Após o nascimento do recém-nascido e depois de perguntar à parturiente sobre as suas preferências, o recém-nascido era colocado sobre o abdômem materno e coberto com panos aquecidos. Este primeiro contato permite aumentar a ligação entre a mãe e o recém-nascido ao proporcionar-lhe estímulos sensoriais como o contacto, o cheiro ou a temperatura (Puig, G. e Sguassero, Y., 2007). O recém-nascido manteve-se nesta posição até à clampagem do

cordão umbilical. Para a realização do mesmo, aguardou-se no mínimo um minuto, sendo que muitas vezes este foi cortado mais tarde. Esta atitude vai ao encontro do preconizado pela OMS (2014), considerando a mesma como uma recomendação forte. A possibilidade de cortar o cordão umbilical foi sempre dada ao acompanhante. Esta atitude foi modificada naqueles casos em que o recém-nascido precisou de reanimação imediata, tal e como recomenda a OMS (2014).

Depois da clampagem, foi permitido aos pais usufruir do contacto pele a pele durante uns minutos antes de se passar a realizar os cuidados imediatos ao recém-nascido. Quando realizados, estes foram sempre concretizados em presença dos pais, sendo que foram explicadas todas as intervenções.

No que concerne à parturiente, após a expulsão do feto, iniciou-se a seguinte fase do parto, a dequitação. Nesta altura, é levantado um outro diagnóstico, o “risco de hemorragia”. De acordo com este diagnóstico, realizou-se a vigilância do tônus do útero através da palpação abdominal. Como medidas preventivas, iniciou-se a perfusão de ocitocina, sendo que este é o fármaco recomendado como uterotónico de primeira eleição (OMS,2014). A massagem abdominal também foi realizada em alguns casos em que a dequitação se deu mais lentamente, no entanto, esta não está recomendada quando são administrados uterotónicos. Uma vez confirmado o descolamento da placenta, mediante a manobra de Krustner, realizou-se a tração do cordão umbilical, intervenção que é considerada opcional quando há presença de profissionais qualificados para a sua realização (OMS,2014). Apesar da realização das manobras supracitadas, em dois dos partos realizados, produziu-se uma retenção da placenta, sendo que foram necessárias as intervenções de outros profissionais para a sua extração.

Após a dequitação, era examinada a placenta. Foi observado o número de vasos no cordão umbilical (uma veia e duas artérias), a presença dos dois folhetos, âmnios e córion, assim como a integridade da mesma. Ainda foi pesada e confirmada a inserção do cordão umbilical. Além disso, também foi registado o mecanismo de descolamento: Shutzle ou Duncan. No percurso do estágio na sala de partos, o mecanismo de dequite mais observado foi o de Shutzle, sendo que quando se observaram dequites pelo mecanismo de Duncan, foi habitual a retenção de restos de placenta. Além disso, observaram-se duas placentas bilobadas, uma com inserção velamentosa do cordão e uma outra placenta circunvalada.

Posteriormente procedeu-se à revisão do canal de parto e foram corrigidas as lacerações ou episiotomia presentes. Após realizar os cuidados perineais e prestados cuidados de

conforto, o recém-nascido era colocado a amamentar, dentro da primeira hora, após o nascimento, sempre que possível. Esta conduta permitiu *“ensinar sobre a amamentação, assim como treinar a técnica”*. Apesar do nomeado, esta conduta só foi realizada quando à entrada na unidade, as parturientes referenciavam vontade de amamentar.

Ainda, depois da dequitação, o casal permanecia na sala de partos durante duas horas, posteriormente era transferida para o serviço de puerpério em companhia do recém-nascido. Antes da transferência, a utente era reavaliada. Portanto, era vigiada a contração do útero, a perda hemática, assim como a ferida cirúrgica ou a laceração, em casos que tenha sido necessário.

Tal como se depreende do supracitado, o EESMO, tem a oportunidade de acompanhar a parturiente ou ao casal num momento único. Assim, as condutas e atitudes mantidas com o casal podem fazer a diferença entre uma vivência positiva ou negativa no trabalho de parto e parto. Ainda, muitas intervenções podem ser mudadas, nomeadamente, as já supracitadas: liberdade de movimentos ou a eleição de posição no período expulsivo. No entanto, ainda é necessário a chegada de casais empoderados dispostos a assumir responsabilidades pela sua saúde, podendo assim mudar uma filosofia ainda paternalista.

3. CUIDAR NO PÓS-PARTO

No decorrer da vida as pessoas vivenciam inúmeras mudanças. Ser mãe é uma experiência única, que cada mulher, cada casal, passa de maneira individual. Este é um acontecimento de destaque, não só para os pais, mas para toda a família que os rodeia. Inicia-se assim, uma nova fase no ciclo da vida familiar (Relvas,A., 2006).

Ao longo da gestação, a grávida gera uma imagem do recém-nascido. Esta representação começa-se a formar após o terceiro mês da gravidez. No quarto mês, a criação desta imagem sofre uma intensificação até atingir o seu máximo no sétimo mês (Stern, D., 1997). Este percurso prepara a mãe para a inclusão do recém-nascido no grupo familiar. Apesar de ter iniciado esta consciencialização para a nova etapa durante a gravidez, mãe e filho só se vão olhar pela primeira vez no momento do nascimento. Esse, é, portanto, o *timing* de confirmar ou contrastar essa imagem do recém-nascido, começando assim a realidade de incluir o individuo no grupo familiar (Ferrari A., Piccinini C. e Lopes R., 2007).

Para além das alterações que a entrada do recém-nascido traz implícitas para a família, também se sucedem um conjunto de alterações quer físicas, quer cognitivas na mulher. Estas mudanças levam à necessidade da reorganização do casal, sendo que o nascimento de um filho não é só um evento, mas sim um novo estilo de vida. Considera-se, portanto, um momento de transição. Assim sendo é uma

“passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta” (Chick, N. e Meleis, A.,1986, pp.239-240).

3.1. Adquisição de competências no pós-parto

A passagem para essa nova fase faz com que o casal se encontre mais vulnerável aos riscos, podendo-se refletir na saúde da família. Compreender o que esta transição está a significar permite identificar os focos de atenção de enfermagem. Estas necessidades são identificadas nas interações com a pessoa e na forma em como está a vivenciar a transição (Meleis, A., et al., 2010). A entrada num novo ciclo de vida, vai implicar uma reorganização de papéis e de tarefas na família. Assim sendo, a intervenção do enfermeiro, pode considerar-se um fator facilitador para a transição desenvolvimental que o casal está a viver.

As intervenções que se realizaram durante o estágio facilitaram a aquisição de conhecimentos e competências face à parentalidade e ao autocuidado. Além disso, foram realizadas atividades de vigilância cuidando *“da mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”* (OE, 2010, p.6). Assim sendo, desenvolveram-se competências de modo a exercer estas com segurança, profissionalismo e responsabilidade, tal como orienta o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2010). Atendendo ainda ao regulamento supra citado, devem-se prestar cuidados à mulher inserida na família e na comunidade. Apesar do citado, no serviço do puerpério só foi possível dar resposta às necessidades do casal durante o tempo de internamento, sendo que a permanência no hospital é semelhante para todas as famílias. O internamento tem uma duração, no geral, de quarenta e oito horas, caso seja um parto vaginal, ou de setenta e duas horas, caso seja um parto por cesariana. Embora as intervenções com o casal, são sempre realizadas em ambiente hospitalar, estas orientam-se para o esperado pela família e a comunidade uma vez inseridos nas mesmas. Atendendo a este facto, torna-se imprescindível a continuidade de cuidados após a alta hospitalar pelo enfermeiro da comunidade, quem avalia as necessidades do casal uma vez inserido na família e na comunidade.

Assim, define-se o puerpério como o período que decorre desde a saída da placenta até às seis semanas depois. Neste tempo, sucede-se a regressão ao estado pré-gravídico (Seguranyes Guillot, G., 2002), (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Este período encontra-se ainda dividido, sendo que Montenegro, B. e Rezende-filho, J. (2007), e Seguranyes Guillot, G., (2002) consideram puerpério imediato ao tempo que decorre nas primeiras vinte e quatro horas pós-parto. Este é sucedido pelo puerpério precoce, que finaliza após a primeira semana, e que continua com o puerpério tardio, que perdura até ao fim da sexta semana ou ao quadragésimo dia (Mendes, A., 2014).

Para além do citado, alguns autores consideram as duas primeiras horas a seguir ao parto como o quarto estágio do trabalho de parto (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Esta fase inicial da recuperação, quer para a ainda parturiente, quer para o recém-nascido, é avaliada no bloco de parto. Após esse tempo, efetuar-se-á a transferência para o serviço do puerpério.

A transferência da puérpera e do recém-nascido, entre ambos os serviços de obstetrícia, o acompanhamento é efetuado por um EESMO procedente da sala de partos. A comunicação entre os profissionais de ambos os serviços permite a continuidade de cuidados. Em razão disso, o enfermeiro que realiza a transferência fornece informação relevante que permitirá

realizar uma adequada intervenção. Os antecedentes pessoais; os antecedentes obstétricos; o grupo sanguíneo; os dados da gravidez atual e do parto, nomeadamente o tipo de parto, a ferida cirúrgica e a analgesia ou anestesia, são elementos da história da utente que sempre são tidos em atenção no momento da transferência. Para além desta informação, também é referido o resultado da vigilância após o parto, destacando-se os dados tais como: a contração uterina e a eliminação vesical. Do mesmo modo que é proporcionada a informação sobre a mulher, também são indicados os dados do recém-nascido, tais como: a hora do nascimento, o peso à nascença, a amamentação, a eliminação quer intestinal, quer urinária e o índice de Apgar. Toda esta informação virá a ser confirmada com a consulta do processo clínico de ambos os utentes.

A apresentação do serviço e dos profissionais da saúde , que é feita à chegada dos utentes, tem por alvo a integração da puérpera e da família no mesmo. Neste primeiro contacto, além do acolhimento, realiza-se a primeira avaliação do estado físico e mental da puérpera, assim como a avaliação física do recém-nascido.

Um dos alvos deste primeiro contacto é identificar e monitorizar *“o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”*, tal como reflete o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2010, p.6).

Uma das atividades realizadas e que fornece segurança quer para os pais, quer para o serviço é a confirmação da identificação do recém-nascido. À sua chegada, é comprovado que é portador duma pulseira identificativa, sendo confirmados os dados da mesma com a mãe. Além desta pulseira ainda é colocada uma outra pulseira eletrónica que permite conhecer a localização do recém-nascido e que ativa um alarme, caso este saia do serviço. Neste momento, também se procede à avaliação física do recém-nascido. As atividades realizadas visam: a confirmação do sexo, a avaliação do estado da pele e a comprovação da correta clampagem do coto umbilical. Esta última atividade tem por alvo detetar e diminuir o risco de hemorragia.

A avaliação dos sinais vitais maternos, nomeadamente a pressão arterial, o pulso e a respiração e a temperatura, permitem reconhecer qual o estado hemodinâmico da puérpera. Porém, o desvio da normalidade dos mesmos alerta para possíveis complicações. Após o parto, os valores da pressão arterial podem estar ligeiramente alterados. Aquando dos levantes, nas primeiras 48 horas, é justificável a presença de hipotensão ortostática. Esta situação é observada com certa frequência, sendo necessário realizarem-se sucessivas

tentativas de levantar até a utente conseguir tolerar o mesmo. Não obstante, uma quebra de pressão arterial pode apontar para uma hipovolemia resultante de uma hemorragia, se bem que, esta esteja considerada como um sinal mais tardio. O aumento da pressão arterial pode dar-se pela administração de alguma medicação no trabalho de parto, como a ocitocina ou os vasopressores. Apesar desta justificação, a hipertensão gestacional pode manter-se na primeira fase do puerpério, sendo necessária uma maior vigilância das puérperas com este precedente (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

Outros sinais vitais como o pulso retornam aos valores pré-gravídicos, poucos dias pós-parto. A temperatura pode incrementar-se até os 38°C nas primeiras 24 horas. Esta elevação da mesma relaciona-se com o esforço do trabalho de parto e com a possível desidratação. Este facto explica que só se deve valorizar o aumento de temperatura como sinal de alerta após as primeiras 24 horas pós-parto (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

A avaliação das mamas e mamilos, permitia identificar as características dos mesmos, face à amamentação. As particularidades observadas eram principalmente a presença de colostro e a constituição do mamilo.

Examinar a presença e o aspecto da ferida perineal, quer por laceração, quer por episiotomia constituiu uma outra das intervenções realizadas. Ante a presença de edema perineal ou desconforto era aplicado gelo num período de 15 minutos, sendo que este é considerado o período de tempo seguro para a sua aplicação, segundo Oliveira, S. (2009). A mesma autora confirmou num estudo que a eficácia da utilização do gelo é a mesma embora o tempo de aplicação se prolongue até aos 20 minutos. A aplicação de frio no local relaciona-se com o espasmo dos vasos sanguíneos o que reduz a circulação no local de aplicação e consequentemente o edema (Corrêa, CF., Pimenta, C.A., 2005). Assim sendo, no decorrer do estágio, quando apresentadas as situações definidas anteriormente foi aplicado frio local. A aplicação desta medida, foi realizada mediante sacos de gelo em forma de penso e com tecido destinado para tal fim. Além disso, respeitaram-se os períodos de tempo indicados pela evidência científica, podendo-se confirmar o alívio dos sintomas e a diminuição do edema.

Após o dequite começa a produzir-se a involução uterina assegurando o processo da hemóstase. O útero situa-se nesse momento dois centímetros abaixo do umbigo. Sendo que nas doze horas pós-parto pode situar-se até um centímetro acima do mesmo. Após estas primeiras horas, o útero progride a sua involução a um ritmo de um a dois centímetros por dia. Esta contração do miométrio vê-se favorecida com a libertação de ocitocina pela hipófise

(Resnik, R., 2004). No decorrer do estágio, foi realizada a avaliação uterina a todas as mulheres. Momento o qual também se realizava uma massagem uterina com o alvo de reduzir o risco de hemorragia (Martinez-Galiano, J., 2009).

Além do nomeado anteriormente, a primeira micção após o parto deve ser vigiada, já que uma bexiga cheia pode ser dificultadora da correta contração uterina (Martins, H., 2014). Antes do parto, a bexiga está pressionada pela apresentação fetal o que é impeditivo da correta drenagem de urina. Isto provoca um aumento de edema local e portanto, uma maior sensibilidade aos traumatismos (Cunningham, F., et al., 2012). Ainda no puerpério imediato, a bexiga tem maior capacidade de distensão e menos sensibilidade à pressão intravesical, o que lhe permite armazenar um maior volume de urina (Cunningham, F., et al., 2012). Aliás, os ureteres apresentam uma maior dilatação, sendo que esta, atinge o seu máximo na metade do segundo trimestre de gravidez. Ainda, outro factor que contribui para este aumento da bexiga no pós-parto é a infusão de líquidos durante o parto e a posterior supressão da ocitocina, que habitualmente é infundida no trabalho de parto e no pós-parto imediato. A ocitocina tem um efeito antidiurético pelo que quando deixa de ser administrada é frequente que se produza a repleção da bexiga (Cunningham, F., et al., 2012). Tal como o nomeado anteriormente, estas alterações fisiológicas, levam a um aumento do volume vesical, que vai impedir a correta contração do útero. Estas situações foram observadas durante o estágio, quando avaliadas as puérperas que ainda não apresentaram a primeira micção espontânea. Nestes casos, o útero encontrava-se ligeiramente desviado da linha média e situado acima do umbigo. Estas situações foram resolvidas incentivando a micção. Além disso, todas estas alterações contribuem para possíveis retenções urinárias. Considera-se que a primeira micção deve suceder nas primeiras seis horas pós-parto, sendo necessário, intervir caso esta não aconteça. Algumas medidas realizadas para incentivar a micção foram: tomar banho ou fomentar um ambiente tranquilo na ida à casa de banho, sendo que, estas medidas sempre resultaram efetivas. Se estas, não tivessem sucesso deveria ser ponderada a algáliação atendendo ao volume da bexiga (NICE, 2006).

A deambulação precoce deve ser incentivada uma vez que reduz complicações como a trombose, a embolia ou a obstipação. Por isso, o primeiro levante está indicado nas primeiras horas do puerpério (Cunningham, F., et al., 2012). Este deve ser realizado depois das quatro horas pós-parto, na presença de uma enfermeira. Além disso, a puérpera deve ser estimulada a movimentar os membros inferiores, enquanto mantém o repouso (Santos, R., 2014). No serviço do puerpério, caso o parto fosse eutócico, o primeiro levante era aconselhado na quarta hora pós-parto. Apesar do protocolo de serviço, o qual segue as indicações nomeadas

anteriormente, caso o parto fosse por cesariana, o momento do primeiro levante viu-se alterado já que, normalmente, a puérpera realizava o mesmo quando era removido o cateter urinário, coincidindo esta intervenção com as 12 horas de puerpério. Atendendo ao risco de hipotensão ortostática, justificável pela perda hemática durante o parto e o decúbito prolongado, o primeiro levante sempre foi acompanhado. Durante esta intervenção, além da pressão arterial avaliaram-se a presença de outros sintomas que poderiam apontar para uma hipotensão. Assim sendo, foram valorizadas alterações visuais, como a visão turva ou os escotomas; alterações cognitivas; cefaleia; sintomas neurológicos como vertigens ou em último caso a perda de consciência (Ducia-Soares, J., 2001). Durante o estágio foram acompanhadas algumas situações em que a puérpera apresentou algum de estes sintomas sem nunca chegar a perder a consciência.

Como já nomeado anteriormente, o risco de hipotensão ortostática pode estar presente nas primeiras 48 horas pós-parto. Assim sendo, após o primeiro levante, a mulher adquire independência justificando-se o risco de quedas. Esta é uma das razões pelas quais é fornecida informação a todas as puérperas sobre a prevenção de quedas. Consequentemente, as utentes eram orientadas para medidas preventivas como a utilização de calçado antiderrapante ou a realização de levantes progressivos, evitando assim o risco de hipotensão ortostática, nomeado anteriormente. Essas medidas, junto com outras, como a indicação de não travar a porta da casa de banho eram recolhidas num panfleto que era entregue as parturientes à sua entrada no serviço.

Apesar da vigilância apertada que é realizada no puerpério, principalmente nas primeiras horas, a mulher também deve conhecer os sinais de alerta. Esta conduta permite tomar medidas de modo a resolver mais rapidamente qualquer complicação. Em consequência, quando realizada a avaliação, explicou-se à mulher os motivos da mesma, e os sinais para os quais a utente deve estar desperta. Surge assim o foco autocontrolo, permitindo à mulher tomar disposições *“para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida”* (CIPE, 2010, p.41). Os ensinamentos neste primeiro momento focavam-se, principalmente, na vigilância da perda hemática e na contração do útero.

Após o esforço do parto, surge o cansaço. Para além da fadiga, entre 50 a 85% das puérperas apresentam disforia puerperal (Cantilino, A., et al., 2010). Assim sendo, expressões como o choro, a labilidade afetiva ou a ansiedade, foram observadas com frequência. Estes sintomas são limitados no tempo, coincidindo o seu pico por volta do quarto-quinto dia pós-parto e normalizando-se no décimo dia. Este fenómeno conhece-se como *postpartum blues*.

(O'Keane, V., 2011). Algumas hipóteses justificam este comportamento com a queda hormonal, concretamente de estrogénios e progesterona, que se produz após ao parto. Ainda, outra hormona envolvida nesta alteração, é a prolactina, que vai incrementando os seus níveis durante a gravidez até atingir o seu máximo no parto. No puerpério, os níveis de prolactina diminuem alcançando os valores pré-gravídicos na terceira semana pós-parto, caso não se produza amamentação (Oviedo Lugo, G. e Jordán Mondragón, V., 2006). Além das hormonas citadas anteriormente, a ocitocina também está envolvida em este processo. Assim sendo, esta hormona atua em condições normais favorecendo a ligação mãe-filho. Contudo, a mesma hormona, na presença de fatores estressantes associa-se a sintomas depressivos e ansiosos (Harris B, et al., 1994) (Hendrick V, Altshuler, L. e Suri, R., 1998) (Oviedo Lugo, G. e Jordán Mondragón, V., 2006). Avaliar estas situações permitiu dar *“suporte emocional e psicológico à puérpera”*, implementando assim as medidas necessárias para ultrapassar esta situação (OE, 2010, p.6). Ouvir à puérpera, e explicar as causas das mesmas, ajudaram as utentes a compreender o seu estado e a ultrapassá-lo.

Atendendo ao supracitado, o puerpério é um período no qual se podem suceder complicações. A frequência com a que as mesmas acontecem difere atendendo às fontes de consulta. As queixas mais comuns segundo Arteaga Galobardes, D. e Serrano Monzó, I. (2003) estão em torno da dor, ocorrendo até 20% dos casos, seguidas de alterações psicológicas como a melancolia, a tristeza ou a depressão com 17% de prevalência. Alterações fisiológicas como a incontinência representam 16% das incidências, ficando com menor percentagem complicações mais graves como a hemorragia, as infeções puerperais (6%) ou tromboembolismos (Arteaga Galobardes, D. e Serrano Monzó, I., 2003). Confirmando o supracitado, durante o estágio, as queixas mais comuns foram em torno a dor, nomeadamente da região perineal. Outras alterações observadas foram o já nomeado *blues* pós-parto.

Depois desta primeira vigilância ocorre o momento em que a díade mãe-filho ou a tríada casal-filho ficam sozinhos pela primeira vez. Pode considerar-se que neste período a parentalidade se começa a tornar mais real. Começam assim a surgir as dúvidas, os medos, e, portanto, as necessidades que vão definir as intervenções a realizar com o casal e com o recém-nascido.

Um dos focos que requereu grande parte da atenção foi a amamentação. A amamentação não é só um padrão alimentar. Tal como refere Rego, J. (2008) *“Ela é um rico processo de entrosamento entre dois indivíduos um que amamenta e o outro que é amamentado. A amamentação não só é propiciada como também propiciadora de uma gama de interações*

facilitadoras de formação e consolidação do vínculo mãe-filho” (p.17). Esta ligação entre a díade favorece-se pelo contacto pele a pele e a oportunidade do contato visual que permite atingir um ambiente de cumplicidade entre eles na amamentação.

Para que o aleitamento materno tenha sucesso, são necessários os seguintes fatores: a mãe tem de querer amamentar, a lactação tem de estar estabelecida e tem de haver uma rede de suporte para a amamentação (Levy, L. e Bértolo, H., 2008). A rede de suporte, surge no casal, na família, na comunidade e nos profissionais de saúde. Atendendo à formação do EESMO e a sua presença durante a gravidez, o parto e o puerpério, este é o profissional indicado para dar suporte nestas situações. O fornecimento de informação, enquanto o casal está grávido, ajuda a compreender os benefícios do aleitamento, assim como as possíveis complicações e as intervenções para, solucioná-las. No entanto, esta informação inicial não é suficiente, já que uma vez estabelecida a amamentação, é essencial que a puérpera encontre apoio para ultrapassar eventuais dificuldades, ouvir os seus medos e solucionar as suas dúvidas. A disponibilidade deste profissional, assim como de outras redes de apoio, nomeadamente o companheiro podem fazer a diferença no sucesso da amamentação. A lactação é *“o processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher”* (CIPE, 2010, p.60). Se bem que a lactação é característica a todos os mamíferos, a capacidade de amamentar não é inata para as mulheres. Este facto pode levar as puérperas a apresentar diferentes inquietudes e dúvidas sobre a mesma (Rozas García, M., 2006). Conhecer e explicar a fisiologia do processo permitiu esclarecer alguma das inquietações.

Uma das dúvidas mais colocadas versava sobre a relação entre a quantidade da produção de leite e a satisfação do recém-nascido, sobretudo quando os recém-nascidos mamavam com muita frequência. Foi importante, nestes casos, explicar à puérpera como a prolactina, hormona responsável da produção de leite, é produzida devido à sucção do recém-nascido. Esta explicação, permitia-lhes entender que com maior estimulação teriam maior produção de leite (Pereira, M., 2006).

Ainda relacionado com a produção de leite vivenciaram-se algumas experiências em que os recém-nascidos precisaram de leite adaptado por insatisfação. Estes casos, habitualmente, relacionavam-se com a produção de pouco colostro, especificamente numa das situações em que a produção era nula. Perante estas circunstâncias, administrava-se o leite por um sistema de nutrição suplementária, ou na sua ausência, imitava-se este sistema com a ajuda de uma sonda e uma seringa. Este procedimento permite alimentar o recém-nascido com leite adaptado ao mesmo tempo que estimula o mamilo, aumentando a produção de prolactina.

No caso apresentado onde a presença de colostro era nula, conseguiu-se a produção após às 48 horas pós-cesariana.

Outra das complicações identificadas foram os traumas mamilares. Este, define-se como uma lesão da pele, na área do mamilo e/ou da aréola, que pode manifestar-se como fissura, úlceras, edema ou mudanças da cor localizadas (Vieira, M., et al., 2013). No início da amamentação, grande parte das mulheres sente desconforto ao começo das mamadas. Esta dor, discreta, pode ser considerada normal e justifica-se devido à pressão negativa exercida pela sucção e estimulação do mamilo. Se a dor se mantém durante toda a mamada, ou perante a presença de traumas, é necessário procurar a causa da mesma. As causas mais frequentes destas situações são a pega e a posição inadequada, quer da puérpera, quer do recém-nascido (Giugliani, E., 2004). Porém, foi importante explicar qual a posição adequada, colocando o recém-nascido com o corpo e o tronco alinhados, encostado no tronco da mãe. Nestes casos, a pega também foi corrigida. Mostrou-se uma pega adequada, chegando, inclusive, a tirarem-se fotografias com o dispositivo dos pais no momento em que se conseguia a pega correta. Para explicar os sinais da boa pega, apontava-se para a observação da boca bem aberta, o lábio inferior evertido e a maior porção da aréola visível acima da boca do recém-nascido.

Ante a presença de traumas mamilares, e como prevenção dos mesmos foi recomendada a aplicação de colostro nos mesmos, após cada mamada. Se bem que há escassez de estudos que indiquem a eficácia desta intervenção, a UNICEF (2009), apoia esta prática. Justifica-se a utilização do leite materno no tratamento dos traumas mamilares pelo seu conteúdo em anticorpos, nomeadamente imunoglobulina A, e outros componentes como os neutrófilos, macrófagos ou linfócitos. Já quando os traumas mamilares estavam presentes, foi recomendada a aplicação de lanolina e dos arejadores de mamilos. Sendo que estas intervenções estão consideradas como o melhor tratamento dos mesmos. Assim, a lanolina, substância gordorosa com um conteúdo em água de entre 25 a 30%, forma uma camada que impede a perda da humidade e protege a pele. Ainda os arejadores dos mamilos fornecem uma barreira de ar e protege ao mamilo da fricção e da pressão da roupa (Vieira, M., et al., 2013).

Alguns recém-nascidos, embora saudáveis, apresentavam dificuldade na sucção, ou na coordenação da mesma com a deglutição. Esta dificuldade pode ser ultrapassada nas primeiras mamadas. Para conseguir orientar esta situação era necessário observar e treinar o padrão de sucção não nutritiva. Esta técnica realizou-se introduzindo o dedo mínimo na boca do recém-nascido e fazendo uma ligeira pressão no palato duro do recém-nascido. O

alvo era conseguir uma sucção eficaz, em que a língua executa movimento ondulatório da parte distal para a base (Sanches, M., 2004).

Outros recém-nascidos, podem apresentar alterações anatômicas dificultadoras da amamentação. Durante o estágio foi possível acompanhar a puérpera na adaptação à mama de um recém-nascido com micrognatismo. Neste caso, após investir até uma hora no treino nomeado anteriormente, conseguiu-se a adaptação à mama com sucesso.

Outro fator que pode provocar a alteração a nível da sucção é a conhecida “*confusão de bicos*”. A capacidade dos recém-nascidos para se adaptarem a sugar em diferentes bicos é limitada. Porém, apresentar bicos artificiais pode provocar disfunções orais dificultadores da amamentação (Sanches, M., 2004). Além disso, Castaño, J. e Ortiz, B. (2012), após a sua revisão da literatura, concluíram que a introdução de tetinas artificiais influencia no tempo de duração da amamentação até 50% dos recém-nascidos. Atendendo a estas razões, quando era preciso suplementar a mamada, quer com leite materno, quer com leite artificial, realizava-se mediante o copo.

Devido à curta estadia das puérperas no serviço, dificuldades como o ingurgitamento, foram observadas em casos excecionais em que o internamento foi prolongado por causas maternas ou neonatais. Esta dificuldade associa-se à subida do leite que acontece por volta do segundo ao quinto dia pós-parto. Apresenta-se como endurecimento e edema mamário, acompanhado de dor e ainda do aumento da temperatura corporal (Rozas García, M., 2006). Quando isto acontecia as mães eram informadas de que estas alterações eram causadas pelo processo fisiológico da subida do leite. Nestes casos, as puérperas eram incentivadas a amamentar com frequência. Para facilitar a saída do leite aplicava-se calor local e massajava-se a mama previamente à mamada. Se a tensão mamária era vigorosa, era extraído leite até permitir que a mama ficasse mais mole. Esta conduta permitia uma melhor adaptação do recém-nascido à amamentação. No fim, era aplicado frio no local, que remete para um efeito anti inflamatório e analgésico. Concordando nestas atitudes com as indicações de autores como Rozas García, M., (2006).

Conseguir o sucesso da amamentação é um caminho por vezes difícil, não só para a díade mãe-filho, mas também para o enfermeiro. Cada caso é único, assim sendo, é preciso adaptar as estratégias de maneira individual para que a amamentação ocorra com sucesso. Estas aptidões, nas que se “*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*” recolhem-se no Regulamento das competências

específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2010, p.6)

Durante o estágio foi possível assistir a um evento intitulado, da *"Semana do aleitamento materno"*. Este permitiu compreender a importância do suporte familiar, social e dos profissionais de saúde relativamente ao sucesso da amamentação. Ainda relacionado com o suporte, os profissionais do Centro Hospitalar de São João desenvolvem a continuidade dos cuidados, após a alta. Assim sendo, dão suporte às dúvidas surgidas pelos casais no domicílio, mediante a linha telefónica de apoio à amamentação. Se for necessário, também a díade mãe-filho é acolhida no cantinho de amamentação, permitindo assim resolver as dúvidas e dificuldades apresentadas.

Tal como se depreende do supracitado, a chegada do recém-nascido a casa vai implementar inúmeras mudanças na vida do casal. Trabalhar de modo a que ambos tomem consciência das modificações do seu quotidiano vai ser favorecedor da saúde familiar. Porém, os pais foram incluídos nas atividades relativas à parentalidade. Esta conduta permite- aos pais

"assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados" (CIPE, 2010, p.66).

Assim sendo, muitas das intervenções de enfermagem estão focadas em facilitar a transição para a parentalidade. Entra nesta filosofia a partilha com o casal para ensinar, treinar e adquirir habilidades que lhes permitam alcançar independência no cuidado do recém-nascido. Porém, o enfermeiro não investe só na transmissão de saberes, mas sim num conjunto de intervenções que vão permitir a incorporação e o bom desenvolvimento de uma nova pessoa no seio familiar (Martins, C., 2013).

No que respeita à parentalidade, nem todos os utentes partem das mesmas necessidades. Assim sendo, é importante conhecer quais os conhecimentos e expectativas de cada casal para identificar a conveniência das intervenções a implementar. Conhecer se o casal tem contacto com crianças ou se tem filhos pequenos, nem sempre é suficiente. Assim sendo, é preciso compreender as atividades que realiza cada membro do casal para poder adaptar as condutas de enfermagem à família. Exemplificadora desta situação foi a necessidade de treinar com duas mães que já tinham outro filho a ação de dar banho pela primeira vez. Estas puérperas referiram que nunca tinham usufruído do momento do banho com o filho anterior

devido às suas inseguranças. Tal realidade realça a importância de investir neste âmbito de modo a que os pais possam tomar conta e usufruir de todos os eventos da parentalidade.

Um dos procedimentos que suscita mais ansiedade nos pais é dar o banho ao recém-nascido. Tal como se depreende do supracitado, quando se fala de parentalidade faz-se referência não só à figura materna, mas também à paterna. Consequentemente, o momento do banho reservava-se para uma hora na qual o pai, ou o cuidador de referência, estivesse presente.

O banho foi realizado após as primeiras seis horas de vida, tal como recomenda a OMS, evitando assim, situações de hipotermia (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011). No entanto, outras orientações recomendam evitar o banho nas primeiras 24 horas mantendo, assim, todos os benefícios do vernix caseoso. Esta substância atua como uma proteção química e mecânica da pele, uma vez que atua estimulando a maturação da mesma devido ao seu conteúdo em glutamina. Para além desses efeitos, cria uma barreira antibacteriana ao permitir a transformação do pH de alcalino para ácido (Johnson & Johnson, 2013).

Atendendo ao tempo que se aguarda para o primeiro banho, quando este é realizado, a maioria das puérperas de parto vaginal estavam com aptidões para colaborar ou realizar o procedimento. Quando o nascimento ocorreu por cesariana, algumas vezes, as puérperas ainda não tinham tolerado o primeiro levante, ainda assim, o procedimento era realizado de modo a que estas pudessem ter uma conduta o mais participativa possível.

Quando chegava o momento do banho, os pais eram desafiados a reunir o material. A insistência na importância de agrupar o material prévio ao procedimento tem por alvo diminuir o risco de quedas do recém-nascido e a diminuição de perdas de calor. A perseverança nesta precaução fazia-se com mais empenho durante este procedimento, já que, era um bom momento para assinalar possíveis situações de risco. Assim, como essa medida, também foram enfatizadas outras como a importância de não deixar nunca a criança sozinha ou a necessidade de segurar bem o recém-nascido quando era transferido de uma pessoa para outra. Com o objetivo de diminuir a perda de calor, insistiu-se na disposição da roupa de modo que a muda que ia ser vestida primeiro ficasse acima daquela outra que seria vestida no fim. Com o mesmo foco foi aconselhado deixar as molas da roupa abertas. Esta perda de calor pode acontecer de diversas formas, sendo a radiação, a convecção e a evaporação os mecanismos mais habituais que podem levar a diminuição da temperatura quando um recém-nascido está despido e durante o banho (Cannizzaro, D., Paladino, M., 2011). A radiação consiste na transmissão de calor entre dois corpos que se encontram a diferentes temperaturas ainda não estando em contacto. No entanto, a convecção, refere-

se à perda de calor do neonato para o ar quando a temperatura deste último é menor. (Cannizzaro, D., Paladino, M., 2011). O mecanismo nomeado anteriormente, não é assim tão relevante no hospital, devido ao facto de o recém-nascido ser mudado por baixo uma fonte de aquecimento. No entanto, o calor fornecido pela fonte aumenta o risco de perda de calor por evaporação, mais acentuado após ao banho por estar a pele húmida (Cannizzaro, D., Paladino, M., 2011). Para além destes mecanismos também pode dar-se a perda de temperatura por condução ao contactar diretamente com uma outra superfície mais fria (Cannizzaro, D., Paladino, M., 2011). Ainda relacionado com a perda de calor, aconselha-se os pais a não ultrapassar os cinco minutos na duração do banho para evitar o arrefecimento, concordando com o recolhido por Afsar, F. (2009) e Gelmetti, C. (2001).

O banho de imersão é a alternativa escolhida para o treino no hospital, favorecido pelas instalações do serviço. Quanto à preparação da água, aconselhou-se a preencher a banheira até um máximo de 7cm, evitando assim, o risco de afogamento. Conhecer qual a temperatura da água, era uma dúvida comum a muitos casais. Por esse motivo, treinou-se como testar a temperatura da mesma, que deve ser semelhante à temperatura corporal, isto é 37-37.5°C (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011).

Após os preparativos iniciais, o seguinte passo era a verificação da fralda, passando a removê-la e a realizar os cuidados perineais perante a presença de deposições. A posição para segurar o recém-nascido é uma das dificuldades mais observadas durante o banho. Em algum caso específico foi necessário reforçar o treino desta habilidade, antes da imersão do recém-nascido na água, permitindo aos pais adquirir maior segurança. No que respeita ao método de segurar no recém-nascido, também foi recorrente, a necessidade de reforçar a rotação do recém-nascido para lhe lavar a região dorsal.

O momento do banho é ótimo para falar da utilização de produtos de higiene. No neonato a camada epidérmica ainda está imatura, o que diminui a sua atividade como barreira antimicrobiana e faz com que seja mais permeável a absorção de substâncias (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011). Para além disso, o estrato córneo da pele tem menos camadas celulares, favorecendo a permeabilidade da mesma. Outra das diferenças que vai influenciar nesta incompetência da pele na defesa de microrganismos está no pH, sendo que nos recém-nascidos têm tendência para um pH mais alcalino (Johnson & Johnson, 2013). Estas características da pele dos recém-nascidos devem ser tidas em conta na hora da escolha dos produtos.

Assim sendo, os shampoos ou outros artigos de higiene, no caso de ser a escolha do casal, devem ter um pH menor de sete (Johnson & Johnson, 2013) e ser livres de ingredientes que possam ser prejudiciais. Um componente que encontramos de forma habitual é o álcool, este pode ser causador de queimaduras sobretudo em neonatos pequenos ou prematuros. Outros como os parabenos podem provocar dermatites de contato. Sabe-se que os emolientes e os óleos emulsificantes são mais benéficos comparativamente com os outros produtos de higiene, já que evitam a perda de água e ajudam a liberar a pele de crostas láteas (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011). (Johnson & Johnson, 2013). Para além dos artigos nomeados anteriormente, os *syndests*, ou conhecidos “sabões sem sabão” não têm as desvantagens dos sabonetes habituais sendo que, devem ser de primeira escolha caso se queira aplicar algum produto no banho (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011).

Este também é um momento ótimo para falar da frequência do banho, sendo que não é recomendável dar banho diário, aconselhando-se uma frequência aproximada de duas vezes por semana até que a criança comece a fazer mais atividades como gatinhar (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011).

Para além do banho, outra atividade que foi praticada com frequência com os novos pais foi a muda da fralda. Limpar a região perineal com água morna e algodão é suficiente para a limpeza de rotina (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011). Caso os pais escolham fazer uso de algum produto, este deve cumprir com os mesmos requisitos que os utilizados no banho.

A dermatite pela fralda é uma das afeções cutâneas mais habitual nos primeiros anos de vida. O contacto com a urina e as fezes fazem com que a pele seja mais suscetível de maceração. Por isso, é importante transmitir aos pais que o melhor método preventivo é manter a pele limpa e seca (Fernandes, J., Machado, Z., e Oliveira, M., 2009). Aconselha-se a realizar esta limpeza da pele com água morna e toalhetes de algodão, realçando-se que o toque da pele com agentes de limpeza poderá levar a outras situações não favoráveis como dermatite de contato (Fernandes, J., Machado, Z. e Oliveira, M., 2009).

O banho e a troca da fralda são um momento ótimo para avaliar a pele e as características do recém-nascido. Uma das alterações mais questionadas pelos pais e por sua vez das mais habituais é o eritema tóxico. Este afeta aproximadamente 50 % dos recém-nascidos a termo, manifestando-se pela apresentação de lesões exantemáticas que surgem nos primeiros dias e que podem perdurar durante as primeiras semanas. Atualmente têm sido feitos vários estudos sobre esta alteração que levam a pensar para uma resposta de hipersensibilidade

pela elevada quantidade de eosinófilos que se têm encontrado nas pústulas, embora estas investigações não levem a uma conclusão evidente sobre as causas (Ribes Bautista, C. e Moraga Llop, F., 2007).

Outra lesão observada durante o estágio foi o *millium*. Este sucede-se com uma frequência do 40% nos neonatos a termo. Os locais habituais de aparição são a região frontal, o queixo e as bochechas. As lesões características, são pequenas pápulas de um a dois mm de diâmetro, com queratina e que se solucionam espontaneamente nas primeiras semanas de vida. O seu aparecimento tem relação com a passagem de androgénios maternos para o feto (Ribes Bautista, C. e Moraga Llop, F., 2007).

Sem ser tão comum como as anteriores, mas ainda possível de se observar num único caso durante este período, foi a mancha mongólica. No caso observado estava localizada na região lombo-sacra, mas pode-se prolongar até à região glútea e/ou até os ombros. Esta peculiar pigmentação tem a sua explicação num acumulo de melanócitos alojados na região afetada. Esta mancha vai esvaecendo até desaparecer nos primeiros anos de vida (Ribes Bautista, C. e Moraga Llop, F., 2007).

Quando o recém-nascido tem alta, tem um foco de enfermagem por resolver, a ferida do coto umbilical. Ensinar os pais a forma de tratamento do coto umbilical vai permitir a prevenção da infeção e fomentar a cicatrização do mesmo. Os cuidados ao coto umbilical têm sido alvo de estudo nos últimos anos. Assim sendo, como consequência a estas investigações, o procedimento tem vindo a ser mudado nos últimos anos de acordo com as evidências científicas demonstradas. Este facto fez com que alguns pais confrontassem as suas dúvidas, do método antigo, desinfeção com álcool a 70%, e o contemporâneo, com água e sabão. Tal como concluíram Luís, S., Costa, M., Casteleiro, C., (2014) numa revisão da literatura, o álcool não é facilitador da secagem do coto umbilical, o que retarda a sua queda. Além disto, tem menor efeito antibacteriano do que outros agentes desinfetantes. Os mesmos autores concluem, após comparar vários estudos, que a técnica *dry care* (limpeza com água e sabão) em países desenvolvidos é a melhor prática para os cuidados do coto umbilical. Concordando com a evidência científica, os cuidados ao mesmo, foram prestados e ensinados aos pais pelo método *dry care*. Para além de treinar os cuidados ao coto umbilical, os pais também eram alertados para estar despidos para os sinais de alarme, tais como rubor, odor, ou exsudado purulento.

Tal como nomeado anteriormente, o puerpério continua após a alta hospitalar. Assim sendo, faz-se necessário ensinar sobre condutas que possam interferir na evolução deste período.

Em consequência, fornecer informação e orientar o casal sobre sexualidade é ainda uma conduta realizada antes da alta. Concorde esta atitude com o compilado no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2010). O retorno à vida sexual, nem sempre surgia como uma temática planeada pela mulher ou o casal. No entanto, cada vez mais se reconhece a importância da atividade sexual na manutenção das relações afetivas (Vettorazzi, J. et al., 2012).

Ajudar o casal a entender as mudanças nos diferentes níveis, nomeadamente, físico, psicoafetivo e social, pode ser favorecedor para ultrapassar as dificuldades que lhes possam surgir. O nível de empatia atingido no internamento pode ser facilitador para possibilitar o diálogo sobre a sexualidade do casal. Esta comunicação permitiu ensinar habilidades com o alvo de proporcionar ao casal um retorno à vida sexual mais segura e satisfatória (Gómez-Ortíz, M., 2014).

Como já foi nomeado, as alterações que vêm interferir na sexualidade do casal podem dever-se a diferentes fatores. A nível hormonal, a elevação da prolactina junto com a libertação da ocitocina e a diminuição dos estrogénios, podem levar a uma diminuição da libido e a uma menor lubrificação vaginal (Vettorazzi, J. et al., 2012). Para além destes sintomas, outros, como a disfunção orgásmica e a dispareunia também podem estar presentes (Vettorazzi, J. et al., 2012) assim, como pode ocorrer a produção de ejeção láctea durante os orgasmos (Gómez-Ortíz, M., 2014). Informar sobre estas alterações, permite ao casal mudar condutas, tal como passar a utilizar um lubrificante vaginal de modo a retomar as relações coitais e a torná-las mais satisfatórias.

Outro fator que parece estar relacionado com o retomar da atividade sexual e com a penetração vaginal é o tipo de parto. McDonald, E. e Brown, S., (2013) concluíram no seu estudo que as puérperas de parto vaginal, quer distócico, quer eutócico, não eram propensas a reiniciar a atividade sexual vaginal antes das seis semanas pós-parto. Este período foi coincidente com aquele que as mulheres que realizaram o parto por cesariana consideravam necessário aguardar (McDonald, E. e Brown, S., 2013). Assim sendo, 53% das puérperas do mesmo estudo reiniciou a atividade sexual às seis semanais. Rogers, R., et al., (2009) vão ao encontro dos dados anteriores ao concluir que o parto por cesariana não atua como um fator protetor para a dispareunia quando comparada com o parto eutócico. Aliás, neste estudo, os autores concluem que o parto vaginal, aquando de lacerações, não se associou a disfunção sexual no pós-parto. Não obstante, os mesmos autores revelam que os partos com maior trauma vaginal, nomeadamente quando realizada episiotomia ou quando o parto foi

instrumentalizado, tiveram uma maior disfunção sexual ao reiniciar a atividade sexual (Rogers, R., et al., 2009). O tempo que devem aguardar para retomar a atividade sexual é uma das perguntas mais realizadas. Embora não exista um acordo sobre qual o período ideal, considera-se que a atividade sexual poderá ser reiniciada duas semanas após o início do puerpério, sendo que, este só deve ser retomado tendo em atenção o desejo e conforto da mulher (Cunningham, F., et al. 2012). Branden, P. (1998) considera ainda adequado retomar a atividade sexual quando o períneo esteja cicatrizado, os lóquios regredidos e o casal se sinta confortável (Branden, P., 1998)., uma vez que minimiza o risco de infeção.

Para além destas condições, a vida sexual anterior vai ser preditiva da sexualidade após o puerpério. No entanto, orientar o casal para ultrapassar as dificuldades pode facilitar-lhes uma vida sexual e afetiva mais saudável (Vettorazzi, J. et al., 2012).

Com o passar das horas e a proximidade da alta hospitalar a realidade de receber o recém-nascido em casa começa a ser palpável. Consequentemente, esse é o momento em que se informa o casal sobre os recursos existentes na comunidade que permitem a continuidade de cuidados, tanto para a mulher como para o recém-nascido. Esta intervenção vai ao encontro com as competências nomeadas no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2010, p.6).

Como já foi nomeado o puerpério é um período que vai além dos dias de internamento. Assim sendo, informou-se o casal da necessidade de marcar uma consulta na Unidade de Saúde Familiar entre a quarta e a sexta semana após o parto, permitindo assim a continuação dos cuidados. Este acompanhamento tem por alvo a avaliação do bem-estar físico, afetivo e social da puérpera, do recém-nascido e da família. Permite, por conseguinte, identificar as situações que se desviam da normalidade e corrigi-las (DGS, 2015). As intervenções deste primeiro contacto com a família e com a comunidade focam-se na avaliação do aleitamento materno, na saúde mental, na involução uterina e no pavimento pélvico, além do planeamento familiar (DGS, 2015).

Seguindo com as consultas na comunidade, também se informou da necessidade de realização do teste de diagnóstico precoce no recém-nascido. Este tem de ser realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida. À vista disto, quando o recém-nascido se encontrava ainda no hospital, quer por causas maternas, quer por causas neonatais, o teste era realizado no serviço.

A saída do serviço só foi permitida após a comprovação da correta utilização do sistema de transporte do recém-nascido. Confirmou-se em todos os casos, que a cadeira cumpria as normas de segurança atuais, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04 (DGS, 2010). Igualmente, foi treinado com o casal a colocação do recém-nascido na cadeira de transporte e a adequada colocação dos cintos de segurança. Além disso, foram fornecidas as indicações da correta colocação da cadeira no carro, tais como a prévia verificação da desconexão dos *airbags* ou a posição contrária ao sentido da marcha (DGS, 2010).

Tal como se depreende no supracitado, no decorrer do internamento, o enfermeiro assume um papel essencial. A proximidade conseguida com o casal permite identificar as necessidades, possibilitando assim, uma melhor adequação e implementação do plano de cuidados. As intervenções resultantes do mesmo visam atingir a aquisição de conhecimentos e habilidades que garantam a correta evolução do puerpério, assim como a obtenção de habilidades que permitam a segurança no desempenho do papel parental.

3.2. A icterícia fisiológica do recém-nascido e o tipo de alimentação

Tal como já foi referido, o momento do banho, é a altura idónea para observar as alterações da pele. A icterícia é a coloração amarelada da pele e das mucosas ocasionada por uma acumulação de bilirrubina (Rodríguez, J. e Figueras, J., 2008). De modo igual, utiliza-se a palavra hiperbilirrubinemia para definir um aumento dos níveis séricos de bilirrubina acima dos níveis considerados normais. Assim sendo, a icterícia manifesta-se quando os limites de bilirrubina ultrapassam os 5mg/dl (Rodríguez, J. e Figueras, J., 2008).

A bilirrubina pode encontrar-se no sangue de duas formas, conjugada (direta) ou não-conjugada (indireta). Desta maneira, o aumento de alguma das duas formas de apresentação pode resultar em hiperbilirrubinemia. Quando o acréscimo é por causa da bilirrubina conjugada, a causa está no mecanismo de excreção, quer a nível hepático, quer a nível duodenal, denominando-se colestase (Gregory, M., Martin, C. e Cloherty, J., 2015). A hiperbilirrubinemia que habitualmente é diagnosticada nos recém-nascidos, deve-se ao aumento da bilirrubina não-conjugada (Askin, D. e Wilson, D., 2006).

Diferentes etiologias podem causar icterícia no recém-nascido. No entanto, atendendo ao tema em estudo define-se a icterícia fisiológica do recém-nascido, uma vez que é o foco nesta revisão. A icterícia fisiológica do recém-nascido é aquela que se produz entre o segundo e o sétimo dia, causada por um aumento de bilirrubina leve, inferior a 12.9 mg/dl ou inferior a 15mg/dl caso o recém-nascido esteja a ser amamentado de forma exclusiva. Ainda, para ser

considerada fisiológica, este aumento tem de ser à custa principalmente da bilirrubina indireta, ademais de não apresentar outros sintomas além da icterícia (Rodríguez, J. e Figueras, J., 2008). Esta alteração é frequente, acontecendo aproximadamente em 60% dos recém-nascidos de termo e 80% dos recém-nascidos pré-termos (Hanoudi, B., 2013).

Tal como nomeado, esta alteração produz-se pelo depósito de bilirrubina. Esta molécula, resulta da degradação de proteínas, sendo que a hemoglobina é a proteína mais rica neste conteúdo. Assim, quando os glóbulos rubros se degradam, parte da hemoglobina é transformada em bilirrubina não-conjugada (indireta), que é insolúvel e transporta-se ligada à albumina (Askin, D. e Wilson, D., 2006). Quando esta substância está ligada à albumina não atravessa a barreira hematoencefálica, não representando toxicidade para o sistema nervoso central (Gregory, M., Martin, C. e Cloherty, J., 2015). Na sua chegada ao fígado, dissocia-se da albumina, e é conjugada em ácido glicurônico, formando, assim, a bilirrubina conjugada.

Uma vez que a bilirrubina é conjugada converte-se numa substância solúvel, a qual é excretada pela bile para o intestino. As bactérias que atuam a nível intestinal dissociam a bilirrubina conjugada (direta) em urobilinogênio permitindo, assim, a sua eliminação pelas fezes (Askin, D. e Wilson, D., 2006).

No entanto, a enzima betaglicuronidase presente a nível intestinal, converte novamente a bilirrubina conjugada em não conjugada, provocando a reabsorção desta substância que é transportada novamente para o fígado. Este processo é conhecido por “circulação enterohepática” (Askin, D. e Wilson, D., 2006).

Nos recém-nascidos, vários mecanismos são favorecedores do aumento dos níveis de bilirrubina. Tal como nomeado anteriormente, este substrato procede da degradação dos glóbulos rubros, que nos recém-nascidos têm uma vida menor - 70 a 90 dias - em comparação com os 120 que têm nos adultos. Além disso, também vão contribuir para este acréscimo, o aumento da eritropoese que não é efetiva nos recém-nascidos, juntamente com a produção de outras proteínas que contêm na sua estrutura o grupo heme. Por outro lado, a imaturidade do fígado, leva a uma diminuição na taxa de captação, assim como, a uma menor atividade de conjugação pela capacidade reduzida de produção da enzima glicuronil transferase. Também, a flora intestinal, importante para a excreção de bilirrubina, é escassa no intestino dos recém-nascidos por ser este estéril ao nascer. Ainda, ao nascimento, o intestino dos recém-nascidos apresenta menor motilidade do que nos adultos, o que aumenta o tempo de exposição e por sua vez favorece a possibilidade de reentrada da bilirrubina pela circulação êntero-hepática (Askin, D. e Wilson, D., 2006) (Gregory, M.,

Martin, C. e Cloherty, J., 2015). Sendo assim, quando se inicia a alimentação, está-se a favorecer a motilidade intestinal, diminuindo, a absorção de bilirrubina. Além disso, a alimentação também permite a entrada de bactérias no intestino. Também o colostro, com as suas propriedades laxantes, contribui para uma redução da reabsorção da bilirrubina ao diminuir o tempo de permanência do mecónio no intestino (Askin, D. e Wilson, D., 2006).

A descrição dos mecanismos supracitados permite compreender a apresentação de uma elevação fisiológica dos níveis séricos de bilirrubina nos recém-nascidos relativo ao dos adultos. Desta forma, alguns estudos referem que 40% dos recém-nascidos saudáveis apresenta níveis séricos de bilirrubina de 5mg/dL às 24h que se elevam até os 7mg/dL por volta das 36 horas pós-parto. Esta elevação produz-se devido ao acréscimo da bilirrubina indireta ou não conjugada (Bhutani, V., Johnson, L., e Sivieri, E., 1999) (ABM,2010), levando, a uma icterícia fisiológica.

Ao longo do tempo diversas investigações têm vindo a focar-se na etiologia que contribui para o aumento dos níveis de bilirrubina na icterícia fisiológica. Uma das causas estudadas tem sido o tipo de alimentação. Assim sendo, faz-se menção à alimentação para se referir a *“ingestão de alimentos”* que é a *“ingestão nutricional: processo de suprimento em nutrientes como proteínas minerais, glícidos e vitaminas lipossolúveis necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida”* (CIPE, 2010, p.59). Atendendo à citada definição, quando se faz alusão ao termo alimentação, está- a referir-se à ingestão nutricional no geral. Assim sendo, definem-se com este termo a amamentação exclusiva, a alimentação com leite adaptado e a alimentação mista, sem priorizar nenhum dos três tipos de alimentação.

No que se refere à relação dos níveis de bilirrubina com a alimentação dos recém-nascidos, justifica-se que a amamentação precoce estimule a regulação da lactação e favoreça o trânsito intestinal do recém-nascido (Ramos, J., 2002), o que leva à diminuição da taxa de reabsorção de bilirrubina e, portanto, dos níveis de bilirrubina sérica. No entanto, a *“lactação”* ou *“processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher...”* (CIPE, 2010, p.60), pode ainda não estar bem estabelecida, pelo que a ingestão calórica no início da amamentação poderia ser insuficiente. Este facto contribui para uma diminuição do aporte de glicose, molécula necessária para a conjugação e, portanto, para a excreção da bilirrubina. Para além disso, uma ingestão insuficiente contribuiria para uma diminuição da velocidade de eliminação de mecónio favorecendo a reabsorção deste substrato (Sabillón, F., 1998). Ainda outras causas, como a perda de peso, os partos distócicos

ou a raça, foram consideradas como causas do aumento dos níveis de bilirrubina e foram tidas em atenção por algum dos estudos inseridos na revisão.

Outra das questões surge quando são precisas medidas terapêuticas. Nestes casos, a fototerapia é um dos tratamentos de eleição, e tal como muitos outros também podem apresentar efeitos adversos. As perdas insensíveis de água por sobreaquecimento (Gomes, N., Teixeira J., e Barichello, E., 2010), e o tempo que o recém-nascido deixa de usufruir da fototerapia, enquanto é amamentado, contribuem para se pensar nos benefícios de suplementar a alimentação durante a fototerapia.

3.2.1. Problema em estudo

Em contexto clínico, ante o diagnóstico de hiperbilirrubinemia, é habitual observar a indicação de reforço de leite adaptado em SOS. No entanto, sabe-se que quando se introduz um reforço de leite adaptado, está a deixar-se de estimular a produção do leite materno. Além disso, o leite adaptado tem outros inconvenientes que devem ser tidos em atenção. Assim, uma das características do leite adaptado que interessa para esta revisão é a sua menor digestibilidade quando comparado com o leite materno. A sua digestão demora até três horas em comparação à hora em média que demora o leite materno (Gómez, A., 2004). Este método apresenta ainda alguns outros inconvenientes, como a diminuição do estabelecimento do vínculo mãe-filho e o desenvolvimento intelectual. Também quando comparado com a amamentação exclusiva, observa-se aumento da incidência de doenças como infeções, diabetes, alergias, doença celíaca, cáries, obesidade e outras (Gómez, A., 2004).

Atendendo ao citado anteriormente, é habitual que os enfermeiros se questionem sobre a pertinência de reforçar as mamadas com leite adaptado, no sentido de diminuir os níveis de bilirrubina sérica, em recém-nascidos amamentados de forma exclusiva. Por conseguinte, durante o estágio também foram postos em questão os benefícios que teria suplementar a alimentação dos recém-nascidos que estão a ser amamentados de forma exclusiva com reforço de leite materno.

Deste modo, esta revisão pretende dar resposta a uma necessidade real e atual do contexto da prática, uma vez que na ausência de uma indicação clara, a conduta dos profissionais de saúde difere segundo o critério dos próprios. Assim sendo, perante esta conduta, coloca-se a questão: Qual a influência da amamentação exclusiva, da alimentação com leite adaptado e da alimentação mista sobre os níveis de bilirrubina do recém-nascido?

Em suma, este estudo visa comparar a influência da amamentação exclusiva, da alimentação mista e da alimentação com leite adaptado na icterícia fisiológica, observando para isso a sua influência nos níveis séricos de bilirrubina do recém-nascido.

Com o objetivo de dar resposta à problemática supracitada, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Esta revisão permite aos profissionais de saúde tomar uma decisão crítica, baseada na evidência. Assim, a busca da melhor evidência e a adequação das intervenções de enfermagem à mesma, permite a excelência dos cuidados (Hockenberry, M., Wilson, D. e Barrera, P., 2006). Sendo que, a prática baseada na evidência, mostra-se uma vez mais, como uma ferramenta fundamental para atingir a qualidade nos cuidados.

3.2.2. Método

A enfermagem tem evoluído de modo a atuar fundamentando as decisões da prática em evidência científica, atitude que se conhece como Prática Baseada em Evidência (PBE). Tal característica tem permitido chegar às intervenções realizadas na prática clínica e aos avanços da ciência. Para fornecer cuidados baseados em evidências, é necessário a realização de estudos que levem ao conhecimento de quais as melhores intervenções. Para a realização dos mesmos, deve-se definir o problema em estudo ao qual se pretende dar resposta. Este facto permite focar a pesquisa e posterior avaliação da evidência disponível. Os resultados dos estudos são implementados na prática onde se observam as repercussões reais em contexto clínico (Pompeo, D., Rossi, L., e Galvão, C., 2009).

Com a finalidade de compreender qual a influência da alimentação nos níveis de bilirrubina, nas primeiras semanas de vida dos recém-nascidos, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Este método de investigação permite reunir o conhecimento científico já gerado, possibilitando confrontar os resultados de vários estudos para chegar à melhor evidência. A revisão integrativa da literatura, permite incorporar estudos com diferentes modos de tratamento dos dados, abordando assim, tanto investigações qualitativas como quantitativas (Pompeo, D., Rossi, L., e Galvão, C., 2009). Deste modo, permite conhecer e estudar as evidências científicas obtidas anteriormente, tanto experimentais como teóricas, fornecendo um entendimento maior sobre o problema de estudo (Broome, M., 2000).

O resultado final da revisão integrativa obtém-se após uma sucessão de etapas. A primeira etapa passa pela definição e delimitação do problema de estudo (Botelho, L., Cunha, C. e Macedo, M., 2011). Assim, define-se o problema de modo a encaminhar a pesquisa para obter unicamente a informação focada no tema da pesquisa, maximizando portanto, os resultados.

Além disso, definiu-se como população em estudo os recém-nascidos com icterícia fisiológica. A intervenção que se pretende estudar é a influência do tipo de alimentação, quer amamentação exclusiva, quer alimentação mista ou a alimentação com leite adaptado nos níveis de bilirrubina do recém-nascido e portanto na icterícia fisiológica.

Assim, entende-se como amamentação exclusiva quando o recém-nascido não recebe nenhum alimento nem bebida, nem sequer água, que não seja leite materno (OMS, 2003). Dessa maneira, ante a introdução de qualquer quantidade de leite adaptado na alimentação, passaria a considerar-se alimentação mista para este estudo. Assim sendo, o resultado que se pretende atingir é conhecer a influência da alimentação nos níveis de bilirrubina do recém-nascido, sendo assim, coloca-se a seguinte pergunta norteadora: A alimentação influencia a icterícia fisiológica no recém-nascido?

Ainda dentro desta primeira etapa da revisão, e a seguir à formulação da pergunta, foram definidas as palavras-chave ou descritores (Broome, M., 2000). Assim os descritores controlados MeSH utilizados foram “jaundice”, “neonatal indirect hyperbilirubinemia”, “feeding”, e “phototherapy”. Assim, inclui-se como descritor “phototherapy” uma vez que o reforço de leite é indicado quando os recém-nascidos precisam de tratamento para a icterícia fisiológica, sendo o tratamento de primeira eleição, a fototerapia. Com estas palavras-chave, realizou-se a pesquisa nas seguintes bases de dados: MEDLINE with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, SPORT Discus with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Library, Information Science & Technology Abstracts, ERIC, Business Source Complete, CINAHL Complete, SCIELO e PUBMED.

A seguinte etapa da revisão passou pelo estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão. Em consequência, os critérios de inclusão definidos foram: estudos que incluíram no seu desenvolvimento a influência da alimentação nos níveis de bilirrubina quando relacionados com a icterícia fisiológica; estudos escritos em inglês, espanhol e português; estudos publicados, nos últimos 10 anos; indexados de maneira integral às bases de dados nomeadas anteriormente. Ainda, o descritor “phototherapy” permitiu observar os resultados da influência da alimentação na icterícia fisiológica durante a fototerapia. Os critérios de exclusão foram: estudos que incluíram recém-nascidos com outras patologias concomitantes.

A terceira etapa focou-se na identificação e seleção de estudos que foram incluídos na revisão que se realizou através da leitura dos títulos, palavras-chave e resumos dos estudos encontrados nas bases de dados. Quando esta leitura não foi suficiente para decidir a inclusão do artigo, realizou-se a leitura íntegra do mesmo. Após esta fase, na quarta etapa, foram realizadas as tabelas organizativas com os artigos selecionados. Isto facilitou a quinta etapa, uma vez que os dados encontrados nos artigos foram avaliados e discutidos. Na sexta e última etapa elaborou-se um documento que além de apresentar os resultados do estudo, também clarifica o processo de realização da revisão (Botelho, L., Cunha, C. e Macedo, M., 2011).

Para a concretização desta revisão foi realizada uma pesquisa utilizando os descritores “jaundice”, “neonatal indirect hyperbilirubinemia” e “feeding”, ligadas pelo boleano “and”. Além disso, como já fora nomeado, a pesquisa foi limitada para os dez últimos anos. Assim, resultaram 523 artigos. Destes artigos, 76 estavam duplicados nos resultados e 10 estavam triplicados. Dos restantes, foram selecionados nove pelo título. Após a leitura do resumo foram selecionados seis, dos quais um foi descartado por não focar a atenção na icterícia fisiológica, restando 5 para esta revisão.

Posteriormente, foi realizada uma outra pesquisa utilizando os descritores “jaundice”, “phototherapy” e “feeding”, da qual resultaram 213 artigos. Destes, foram escolhidos 7 pelo título e descartados 5 pelo resumo. Assim, destes últimos, foram selecionados três para a revisão, sendo que um deles foi descartado por estar repetido. No total foram selecionados sete artigos.

Tal como definido anteriormente, os artigos selecionados foram apresentados em tabelas. Assim, identificou-se nas mesmas o local de publicação, o tema de estudo, as principais conclusões e o nível de evidência. A classificação dos níveis de evidência foi realizada atendendo a classificação de Medeiros, L. e Stein, A. (2002). Assim, esta consta de cinco grupos nomeados numericamente que aumentam de valor enquanto decresce a qualidade de evidência. A esta nomenclatura numérica, ainda se lhe acrescenta uma letra para designar os tipos de estudos. Deste modo, a “a”, correspondem as revisões sistemáticas, sendo que as do grupo “um” são revisões homogêneas de ensaios clínicos, as do nível “dois”, fazem referência a estudos de coorte ou de inferior qualidade, enquanto as do nível “três” só fazem referência a estudos de caso e control. A letra “b”, permite assinalar aqueles estudos individuais, sendo que o nível “um”, refere-se a estudos controlados e randomizados com estreito intervalo de confiança; o nível “dois” a estudos de coorte e no “três” a estudos de caso e control. Ainda, a letra “c”, dentro do nível “um” é reservada para aqueles estudos em

que se perde muita população antes de finalizar o estudo, enquanto que no nível “dois” reserva-se para os estudos ecológicos. Por fim, o nível “quatro” permite agrupar as publicações de séries de casos, ficando o nível “cinco” para os artigos de opinião de especialistas (Medeiros, L. et al., 2002).

TABELA 1: Análise dos artigos selecionados para a Revisão Integrativa a Literatura

TÍTULO	AUTOR LOCAL/ANO	METODOLOGIA	OBJETIVO DO ESTUDO	CONCLUSÕES	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Evaluation and Treatment of Neonatal Hyperbilirubinemia.	Muchowski, K E. California, 2014	-Artigo não classificável, sem método bem definido.	<ul style="list-style-type: none">-Recomendar sobre a realização da pesquisa da hiperbilirrubinemia.-Procurar o melhor método para avaliar a icterícia.-Comparar efetividade e efeitos adversos do tratamento.-Conhecer a pertinência da amamentação quando diagnosticada icterícia fisiológica.	<ul style="list-style-type: none">-Os recém-nascidos que recebem amamentação exclusiva são três vezes mais propensos a atingir níveis séricos de bilirrubina > a 12mg/dl.-A causa deste aumento desconhece-se, no entanto poderia estar relacionado com a baixa ingestão de calorias.	Não classificável

Effect of feeding type on efficacy of phototherapy in neonatal non-haemolytic hyperbilirubinaemia	Hanoudi B.M. Iraq, 2013	<p>-Estudo transversal.</p> <p>-amostra: 113 recém-nascidos com necessidade de fototerapia por icterícia fisiológica. Amostra dividida em três grupos atendendo ao tipo de alimentação.</p>	Avaliar a influência do tipo de alimentação na fototerapia em recém-nascidos com hiperbilirrubinemia não hemolítica.	<p>-Perda de peso significativamente maior no grupo dos recém-nascidos que receberam amamentação exclusiva.</p> <p>-Às 24h a diminuição dos níveis séricos de bilirrubina foi significativamente maior no grupo de alimentação mista do que nos outros dois grupos.</p> <p>-A taxa de diminuição de bilirrubina foi significativamente mais lenta no grupo que recebia amamentação exclusiva, aumentando assim, o tempo de exposição à fototerapia.</p> <p>-Adicionar leite de fórmula sem suspender a amamentação é benéfico para aumentar a eficácia da fototerapia e diminuir o tempo de exposição.</p> <p>-Os resultados são compatíveis com a teoria de privação calórica.</p>	2b
---	----------------------------	---	--	---	----

Effect of feeding type on the efficacy of phototherapy	Gulcan H., Tiker F. e Kilicdag H. Turquia, 2006	<p>-Estudo observacional, prospectivo.</p> <p>-Amostra: 53 recém-nascidos com hiperbilirrubinemia não-hemolítica divididos em dois grupos atendendo a alimentação: amamentação exclusiva ou mista.</p>	<p>-Determinar a influência do tipo de alimentação na resposta à fototerapia e nos níveis de bilirrubina, dos recém-nascidos com hiperbilirrubinemia não-hemolítica.</p>	<p>-A perda de peso ao início da fototerapia era significativamente mais forte no grupo de amamentação exclusiva.</p> <p>-A duração da fototerapia foi maior no grupo de amamentação exclusiva.</p> <p>-Às 24h o decréscimo dos níveis de bilirrubina foi significativamente mais forte no grupo de alimentação mista.</p> <p>-Fototerapia teve uma resposta mais lenta no grupo de amamentação exclusiva.</p> <p>-Correlação relativa entre a perda de peso e a severidade da hiperbilirrubinemia.</p> <p>-O reforço com leite de formula melhora os resultados da fototerapia.</p> <p>-Possível causa: de privação calórica justificada com a perda de peso.</p>	2b
--	--	--	--	--	----

Neonatal jaundice and human milk	Soldi, A. et al. Itália, 2011	-Artigo de revisão	-Entender a relação entre a alimentação e a icterícia neonatal.	<p>-A icterícia é mais frequente nos recém-nascidos que receberam amamentação exclusiva.</p> <p>-A causa da relação da icterícia e a amamentação não é conhecida na sua totalidade (ingestão calórica, perda de peso, diminuição do peristaltismo).</p> <p>-Quando o recém-nascido está otimamente amamentado, não há diferenças nos níveis séricos de bilirrubina se comparado com os alimentados com leite de fórmula.</p> <p>-A pausa da fototerapia de 30 minutos a cada 3 horas para amamentar ao recém-nascido não compromete a efetividade do tratamento.</p> <p>-A icterícia é um fenómeno natural no periodo neonatal. Uma forte incidência</p>	1a
----------------------------------	----------------------------------	--------------------	---	--	----

				pode relacionar-se com um inadequado suporte da amamentação.	
The impact of breast-feeding on early neonatal jaundice	Lin, Y., et al. Taiwan, 2008	<p>-Estudo observacional, descritivo.</p> <p>-Amostra de 1273 neonatos saudáveis, incentivaram a amamentação em todo o grupo.</p>	Avaliar o impacto da promoção da amamentação na incidência de hiperbilirrubinemia, assim como nos níveis séricos atingidos e nos dias de hospitalização.	<p>-A incidência da hiperbilirrubinemia aumentou com a promoção da amamentação, em 10.88% para o 23.77%.</p> <p>-Este facto associou-se a um aumento da perda de peso que poderia estar causada por uma amamentação inadequada.</p> <p>-A amamentação e a perda de peso associaram-se com um incremento dos níveis de bilirrubina no terceiro-quarto dia após o nascimento, assim como no incremento dos dias de hospitalização.</p>	4
Managing the jaundiced newborn: a persistent challenge.	Maisels,M. Canada, 2015	<p>-Revisão da literatura.</p> <p>-Método: pesquisa com os mesmos boleanos em diferentes bases de dados durante os últimos 40 anos.</p>	-Ajudar na identificação e tratamento da icterícia do recém-nascido, para realizar as intervenções adequadas	-A amamentação exclusiva está fortemente associada à hiperbilirubinemia.	3a

			prevendo os possíveis danos cerebrais.	-A ingestão calórica insuficiente aumenta a circulação enterohepática e os níveis séricos de bilirrubina.	
Neonatal jaundice and stool production in breast-or formula-fed term infants.	Buiter, H. et al. The Netherlands, 2008	<p>-Estudo prospectivo.</p> <p>-Amostra: 60 neonatos de mais de 36 semanas, saudáveis. Divididos em dois grupos: amamentados (sendo que mínimo o 75% do volume fora leite materno) e alimentados com leite de formula (sendo que este implicaria entre o 25-75% do volume).</p>	-Determinar a associação entre as concentrações de bilirrubina, o volume de defecações e a excreção de gordura atendendo ao tipo de alimentação.	<p>-A incidência da icterícia neonatal foi semelhante em ambos os grupos.</p> <p>-A concentração de bilirrubina, assim como quantidade de fezes produzidas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando comparados os dois grupos.</p> <p>-O aumento da icterícia nos primeiros dias pós-natais não pode ser atribuído à amamentação</p> <p>-Ainda que o grupo que recebeu mais quantidade de leite materno teve maior perda de peso, esta não se correlacionou com o aumento dos níveis de bilirrubina..</p>	3b

3.2.3. Discussão

A amamentação tem inúmeras vantagens quer para a mãe, quer para o recém-nascido. No entanto, têm-se vindo a documentar a associação entre a amamentação e o risco de hiperbilirrubinemia. Atendendo a este facto, vários autores têm vindo a estudar o impacto da alimentação sobre o aumento dos níveis de bilirrubina, responsáveis pela icterícia fisiológica.

São vários os autores, (Maisels, M., 2015), (Lin, Y., et al., 2008), (Soldi, A., et al., 2011), (Muchowski, K., 2014) que confirmam uma associação clara entre a hiperbilirrubinemia neonatal, considerando-se esta, na maioria dos casos entre os 12 ou 12.9mg/dl nas primeiras 48 horas (Hanoudi, B., 2013) (Muchowski, K., 2014), e a amamentação. No entanto, nem sempre esta relação está justificada com base na amamentação exclusiva, sendo que, em alguns destes estudos, a amamentação é o principal método de alimentação, mas pode estar suplementada com leite adaptado (Lin, Y., et al., 2008). Do mesmo modo que os estudos anteriores, Hanoudi, B., (2013) e Gulcan, H., Tiker, F. e Kilicdag, H., (2006), relacionaram a amamentação exclusiva com uma menor resposta à fototerapia, ao manter níveis séricos de bilirrubina mais elevados, durante mais tempo do que quando receberam alimentação com leite adaptado ou misto.

Apesar destes resultados, em que se confirma uma relação entre a amamentação e a hiperbilirrubinemia, a etiologia da relação não é clara. Atendendo a este facto, os autores, não só se focaram na influência da alimentação na icterícia fisiológica, mas também, nas variáveis associadas à alimentação que possam influenciar os níveis de bilirrubina. Consequentemente, outros factores, nomeadamente a perda de peso, foram analisados devido à relação com o tema de estudo.

De acordo com o nomeado anteriormente, Muchowski, K., (2014) afirma que a amamentação exclusiva é um forte factor de risco para o desenvolvimento da hiperbilirrubinemia. Apesar desta evidência, Muchowski, K., (2014) refere que desconhece exactamente qual o mecanismo que leva ao aumento dos níveis de bilirrubina, apontando como possíveis causas a inibição da excreção de bilirrubina, a diminuição da ingestão calórica ou o aumento da circulação enterohepática.

Na linha do anterior estudo foi realizada a revisão de Maisels, M., (2015), obtendo conclusões semelhantes. O autor, concluiu igualmente que a amamentação exclusiva está fortemente associada à hiperbilirrubinemia. No entanto, e tal como acontece na revisão anterior, aponta como causa deste aumento dos níveis séricos de bilirrubina a diminuição da ingestão calórica.

Os resultados do estudo realizado em Taiwan em 2008, foram ao encontro dos anteriores. Para a realização da investigação, as puérperas foram incentivadas a amamentar com o objetivo de se observar a relação deste tipo de alimentação com os níveis de bilirrubina. Deste modo, a taxa de amamentação passou de 92.18% para 97.15%. Este aumento evidenciou a correlação com um aumento na taxa de incidência de hiperbilirrubinemia que passou de 10.8% para 23.77%. Assim, o pico da bilirrubina passou de 9.77mg/dl (+/- 2.52) para 11.22mg/dl (+/- 2.74), sendo este aumento significativo.

Todos os autores, excepto Buitter, H., et al. (2008) apontaram para a mesma causa como possível factor favorecedor deste aumento. De acordo com o nomeado anteriormente, Maisels, M., (2015) e Muchowski, K., (2014) fazem questão de fornecer suporte à amamentação, garantindo assim uma amamentação eficaz (Maisels, M., 2015) (Muchowski, K., 2014). Ainda, Hanoudi, B. (2013), afirma que adicionar leite adaptado aos recém-nascidos que recebem amamentação exclusiva pode ser benéfico para aumentar a eficácia da fototerapia e diminuir assim o tempo de exposição. Além disso, Muchowski, K., (2014) aponta para a necessidade de aumentar a frequência das mamadas de 8 para 12 vezes por dia, inclusivé, quando a icterícia está presente.

Atendendo ao exposto, considera-se a amamentação um fator de risco. Não obstante, a associação entre amamentação e hiperbilirrubinemia sucede nomeadamente quando a amamentação não tem sucesso, sendo que habitualmente se acompanha de uma perda de peso maior do que a que apresentam os recém-nascidos alimentados com leite adaptado ou alimentação mista (Hanoudi, B., 2013) (Gulcan, H., Tiker, F. e Kilicdag, H., 2006) (Lin, Y. et al., 2008).

Como já foi nomeado anteriormente, quando ultrapassados os níveis séricos de bilirrubina considerados normais é necessário tratamento. Assim, vários estudos referem-se à influência da alimentação nos níveis de bilirrubina durante a terapêutica.

Atendendo a isto, dois estudos incluídos nesta revisão avaliaram a influência da alimentação nos níveis de bilirrubina durante a fototerapia. A amostra de ambos os estudos estava formada por recém-nascidos saudáveis com critérios de exclusão de maneira a evitar icterícia não fisiológica, como: incompatibilidade de grupo, quer de "rH" quer de "ABO", hemogramas patológicos, cefalohematomas, infeções ou patologia congénita. Estes recém-nascidos foram divididos atendendo ao tipo de alimentação, sendo que Hanoudi, B. (2013) dividiu a amostra em três grupos (amamentação exclusiva, alimentação mista e com leite de fórmula) e Gulcan, H., Tiker, F. e Kilicdag, H. (2006) em dois (amamentação exclusiva e alimentação mista).

Em ambos estudos, os autores concluíram que, com o tratamento, os níveis de bilirrubina diminuíram em ambos os grupos. No entanto, quando comparados os grupos, os resultados foram estatisticamente significativos, sendo mais efetivo o tratamento no grupo que recebera a alimentação mista. Concordando com o referido, a necessidade de exposição à fototerapia, também foi mais reduzida neste grupo. Por outra parte, Gulcan, H., Tiker, F. E Kilicdag, H., (2006), afirmam que uma vez retirada a necessidade de fototerapia não se encontraram diferenças a respeito da necessidade de reiniciar o tratamento, sendo que nenhum dos recém-nascidos de ambos os grupos necessitou reiniciar o tratamento.

Gulcan, H., Tiker, F. E Kilicdag, H., (2006), concordam, uma vez mais, em apontar como possível causa desta associação a diminuição da ingestão calórica que habitualmente se apresenta associada a maior perda de peso, justificando um aumento da circulação enterohepática. Fortalecendo esta suposição, observa-se maior perda de peso nos recém-nascidos que receberam amamentação exclusiva.

Tal como nomeado, outra variável que tem vindo a ser relacionada com a alimentação e os níveis de bilirrubina tem sido o peso. Assim, Hanoudi, B., (2013) também observou esta variável, sendo que no início da fototerapia as diferenças de peso não foram significativas. No entanto, o grupo que recebeu amamentação exclusiva apresentou uma maior perda de peso, durante o tratamento do que os outros dois grupos.

Ainda um último estudo com um enfoque diferente dos anteriores foi incluído nesta revisão. Além de focar a atenção na relação entre os níveis de bilirrubina e a alimentação, os autores avaliaram outras variáveis, tais como a eliminação intestinal ou o peso, que como se vem constatando ao longo da revisão poderiam estar relacionadas com a icterícia fisiológica. Assim, avaliaram também, o volume de produção de fezes e a gordura eliminada pelas mesmas (Buitter, H., et al., 2008). Esta variável, relaciona-se diretamente com a circulação enterohepática sendo que foi apontada, na maioria dos estudos como possível hipótese causal da hiperbilirrubinemia, quando se produz diminuição da ingestão calórica. Para esta investigação, dividiram a amostra, composta por 60 recém-nascidos, em dois grupos, atendendo ao tipo de alimentação. Deste modo, um grupo era alimentado preferencialmente com leite materno, de modo a que no mínimo, 75% do volume ingerido fosse leite materno. Por outro lado, o outro grupo era formado por aqueles recém-nascidos que consumiam entre 25-75% de leite adaptado. Buitter, H., et al. (2008) não encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de bilirrubina quando comparados ambos os grupos. Além disso, o pico nos níveis de bilirrubina produziu-se em ambos os

grupos ao quarto dia de vida, demorando outros quatro dias em estabilizar-se. Também não se encontraram diferenças na quantidade de deposições produzidas. No entanto, o grupo que recebeu mais quantidade de leite materno experimentou uma maior perda de peso, se bem que esta perda de peso não se relacionou diretamente com o aumento dos níveis de bilirrubina (Buiter, H., et al., 2008).

Apesar de que a maioria dos estudos apontam para uma associação entre a amamentação exclusiva e uma maior incidência da icterícia, a causa da relação não é clara. No entanto, vários autores têm gerado algumas hipóteses causais sobre a mesma. Conhece-se que a circulação enterohepática aumenta com a diminuição da ingestão calórica. Em consequência, de acordo com esta razão, os autores apontaram para uma possível diminuição da ingestão de calorias quando os recém-nascidos são amamentados de maneira exclusiva. Por isso, esta hipótese foi geral para todos os autores, excepto para Buiter, H., et al., (2008) que não se foca nesta hipótese.

Em relação com esta hipótese, uma das variáveis que foi avaliada em muitos destes estudos, foi o peso. Se bem que *a priori*, esta variável não está diretamente relacionada com o tema desta revisão, permite orientar sobre a hipótese da diminuição da ingestão calórica, justificando assim, a relação entre a amamentação exclusiva e a icterícia fisiológica. Assim, observou-se uma maior perda de peso nos recém-nascidos que receberam amamentação exclusiva, sendo que esta relacionou-se com níveis mais elevados de bilirrubina (Hanoudi, B., 2013) (Gulcan, H., Tiker, F. e Kilicdag, H., 2006). Esta situação diferiu no estudo de Buiter, H., et al. (2008), já que apesar da perda de peso dos recém-nascidos que receberam no mínimo 75% de leite materno ser maior, esta, não se relacionou com o aumento nos níveis de bilirrubina.

Outros sinais indicadores de uma boa alimentação são a frequência e a quantidade da eliminação intestinal e urinária. Assim, observou-se que existe uma correlação entre o aumento dos níveis de bilirrubina e a diminuição na frequência de eliminação intestinal (Lin, Y., 2008). No entanto, apesar dessa associação, no estudo de Buiter, H., et al. (2008) em que analisaram a relação entre o tipo de alimentação, a eliminação intestinal e os níveis de bilirrubina, comprovaram que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os recém-nascidos que receberam 75% de leite materno com aqueles que receberam uma maior percentagem de leite adaptado no que à eliminação intestinal e urinária se refere.

Tal como referido anteriormente, duas das investigações (Gulcan, H., Tiker F. e Kilicdag, H., 2006) (Hanoudi, B., 2013) estudaram a influência da alimentação durante a fototerapia.

Nestes estudos, os critérios de inclusão e exclusão foram semelhantes, assim como a quantidade de leite recebido no grupo de alimentação mista. Ambos os estudos concluíram que o tempo de duração de tratamento foi maior nos recém-nascidos amamentados, confirmando assim, uma maior demora na redução dos níveis da bilirrubina. De acordo com isto, Hanoudi, B. (2013), afirma que adicionar leite adaptado à alimentação de um recém-nascido que está a receber só amamentação exclusiva é benéfica para aumentar a eficácia da fototerapia.

3.2.4. Considerações finais

De uma maneira geral, conclui-se que a amamentação exclusiva relaciona-se com o aumento da incidência da icterícia fisiológica observando-se assim que o aporte de leite adaptado leva a uma diminuição dos níveis de bilirrubina. Este facto, faz retomar as dúvidas levantadas no início da revisão. Assim, atendendo a que a principal hipótese da associação é o défice da ingestão calórica, talvez o investimento por parte dos enfermeiros em dar suporte à amamentação exclusiva, permita melhorar a ingestão calórica o que repercutiria diretamente na diminuição dos níveis de bilirrubina (Muchowski, K., 2014) (Soldi, A., et al., 2011). Além disso, deve ser avaliada a possibilidade de fazer o reforço da amamentação exclusiva com um suplemento de leite materno. Atendendo a que os resultados destas condutas ainda não foram provados cientificamente - se bem que são intervenções que se observam na prática profissional, é necessário ainda avaliar os resultados de maneira científica.

Apesar da amamentação exclusiva se relacionar com a icterícia fisiológica, sabe-se que é a melhor alimentação para os recém-nascidos. Desse modo, a OMS, indica a amamentação exclusiva até aos seis meses de vida, já que, para além de satisfazer as necessidades nutricionais, protege o recém-nascido de doenças infecciosas, e contribui para o desenvolvimento sensorial e cognitivo da criança.

Esta revisão permite aos enfermeiros estar despertos para a importância de uma ingestão calórica adequada. Assim, a presença de três para quatro defecações diárias depois do quarto dia, que mudam para cor mostarda à volta do terceiro ou quarto dia, acompanhadas de quatro a seis fraldas molhadas diárias, permitem concluir que a entrada de calorias é adequada (Muchowski, K., 2014). No entanto, não se define que quando a amamentação tenha de ser reforçada, este suplemento tenha de ser à custa de leite adaptado, uma vez que a relação da icterícia com o leite materno, é de maneira hipotética por causa da ingestão de

uma quantidade inadequada de calorias e não por causa de algum componente do leite materno.

Apesar do que foi referido anteriormente, é necessária a realização de mais estudos que confirmem a hipótese que aponta para a relação entre o aumento dos níveis de bilirrubina e a ingestão calórica insuficiente. No entanto, é necessário que nestes estudos sejam bem definidos os critérios de inclusão e exclusão da amostra, evitando assim possíveis variáveis não controladas, tais como não definir a quantidade de leite adaptado consumido em cada grupo, a raça dos recém-nascidos ou outras, que possam influenciar os resultados do estudo.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.

Durante o percurso do estágio profissionalizante foi possível crescer, quer profissional, quer pessoalmente.

A área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige conhecimentos específicos que permitem acompanhar a mulher, casal ou família na sua transição para a parentalidade. Assim, o EESMO além de focar a atenção no trabalho de parto e parto, também acompanha a gravidez, quer normal, quer de risco e intervém e acompanha na preparação para o parto e parentalidade. Este acompanhamento permite aos casais construir expectativas sobre o parto, possibilitando a realização do seu plano de parto. Além disso, também tem competências para cuidar do casal e do recém-nascido no pós-parto imediato assim como no puerpério. Estes cuidados do pós-parto continuam-se na comunidade até aos 28 dias de vida do recém-nascido. Apesar de ter competências para atender a família neste período, é necessário ter a capacidade de identificar desvios da normalidade, permitindo assim, referenciar esses casos para outros profissionais da saúde.

As intervenções realizadas durante o estágio permitiram levar à prática os conhecimentos adquiridos previamente, sendo que estes foram discutidos frequentemente com evidência científica no campo de estágio. Assim, a prática baseada em evidência converteu-se numa constante que acompanhou o processo formativo. Esta, permitiu um processo de crescimento profissional, além de contribuir para a qualidade dos cuidados.

Os objetivos do estágio profissionalizante visaram atingir as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim, durante estes dois anos não só foi necessário atingir conhecimentos teóricos, mas também estes foram acompanhados dum mínimo de experiências segundo o Decreto Lei n.º 9/2009, de 4 de Março para poder atingir, portanto, o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Esta diretiva segue as normas europeias dando passaporte a todos os profissionais com este título para desenvolver a sua atividade nos países pertencentes à União Europeia.

Atendendo ao nomeado, para atingir os objetivos, deverão realizar-se o acompanhamento de 100 grávidas. Também é necessária a realização de 40 partos eutócicos, assim como a prestação de cuidados a 40 parturientes. Ainda, deve ser realizada a vigilância e prestação de cuidados a 40 grávidas em situação de risco. Além disso, deve-se prestar cuidados, no mínimo a 100 puerperas e a 100 recém-nascidos saudáveis, sendo que também se prestou

cuidados a puérperas com patologia ou recém-nascidos de risco. Ainda, deve ter a participação em partos pélvicos em contexto real ou simulado, assim como o registo da prática de episiotomias.

Durante o estágio clínico não teve a oportunidade de participar ou realizar partos pélvicos, sendo que a sua prática foi treinada em sala de aula, durante o desenvolvimento da unidade curricular Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto.

Nos seguintes gráficos representam-se as experiências tidas ao longo do estágio.

FIGURA 1: Partos executados e assistidos

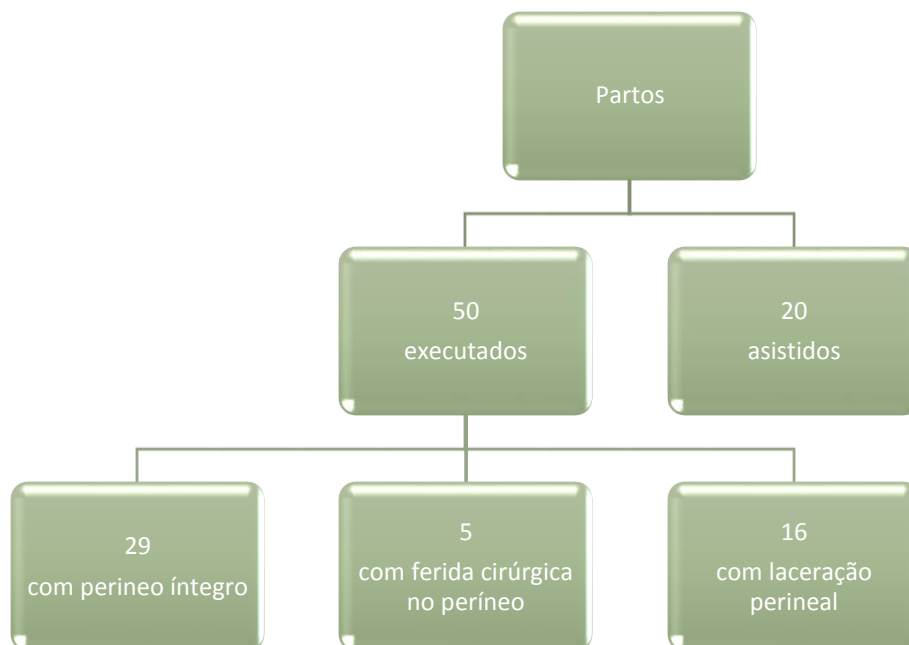
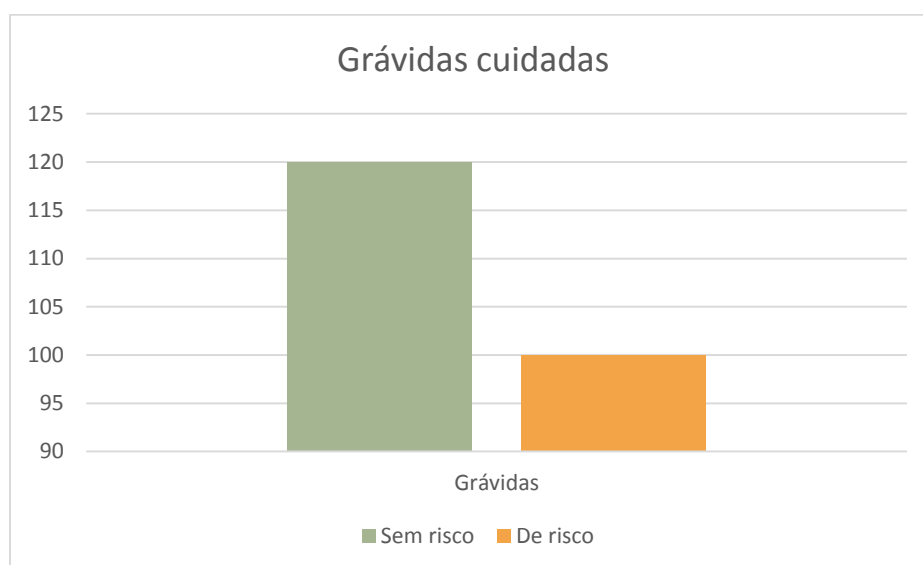


FIGURA 2: Puérperas e RN cuidados em estágio.



FIGURA 3: Vigilância de grávidas durante o Mestrado.



CONCLUSÃO

Este trabalho representa o fim dum longo percurso, a conclusão dum sonho e o início duma nova vida profissional. Por isso, embora na sua realização se descrevam e fundamentem os cuidados prestados ao longo do estágio, também de alguma maneira evidencia os conhecimentos adquiridos e o esforço efetuado ao longo destes dois anos.

Assim, a realização do relatório permitiu refletir sobre a prática, sendo necessário recorrer à evidência científica. Esta atitude permite manter os conhecimentos atualizados, levando à realização de prática baseada em evidência. Ainda, esta conduta também permitiu interagir com os profissionais experientes do serviço. Assim foram partilhados os conhecimentos obtidos mediante a evidência científica e confrontados com os conhecimentos dos profissionais do serviço desenvolvidos na sua prática clínica.

Desta maneira refletiu-se sobre a aquisição das Competências do Enfermeiro Especialista nos diferentes módulos de estágio: Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Pós-Parto. No entanto, esta reflexão foi além destas áreas, uma vez que permitiu observar a importância da atuação do EESMO noutras áreas, nomeadamente na vigilância da gravidez e na preparação para o parto e a parentalidade.

Apesar de considerar os objetivos iniciais atingidos, nomeadamente a aquisição das competências do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, este trabalho não faz mais do que evidenciar a necessidade de continuidade de realização de mais estudos e investigação que permitam reforçar as intervenções do EESMO e melhorar a qualidade dos cuidados.

Com o intuito de colmatar esta necessidade de ajustar os cuidados à evidência científica foi realizada a revisão integrativa da literatura. Assim, os resultados da mesma permitem atuar com conhecimentos, embora não orientem para uma atuação clara. No entanto, estes resultados não são mais do que um incentivo para a continuação da investigação em enfermagem. Por isso, confirma-se uma necessidade constante de investigação, que fornece não só crescimento pessoal, mas também da profissão e que reverte na qualidade dos cuidados.

Além disso, a oportunidade da prestação de cuidados em contexto clínico evidenciou ainda mais a importância da individualização dos mesmos. Assim, observou-se como cada casal, cada família é único, sendo necessário adaptar o plano de cuidados às suas necessidades. Este plano foi sempre realizado tendo por base a CIPE, o que constitui uma maior dificuldade,

quer para a prática clínica, quer para a realização deste relatório, uma vez que até à chegada a esta formação a dita classificação foi sempre realizada pela taxonomia NANDA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE (ABM). Protocolo clínico de la ABM 22: guía para el manejo de ictericia en el lactante alimentado al seno materno, de 35 o más semanas de gestación. In: *Medicina de lactancia materna*. [Em linha]. 2010. Vol. 5, nº 2. [Consult. 2016-04-24]. Disponível em: <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%2022%20Jaundice%20Spanish.pdf>
- AFSAR, F. Physiological skin conditions of preterm and term neonates. In: *Clin Exp Dermatol*. [Em linha]. 2010. Vol. 35, nº4, pp. 346-50. [Consult. 2016-01-16]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19758381>
- ALBERS, L., et al. The relationship of ambulation in labor to operative delivery. In: *J. Nurse Midwifery*. [Em linha]. New York, 1997. Vol. 42, nº. 1, pp. 4-8. [Consult. 2016-06-04]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9037929>
- ALMEIDA, H. Situações especiais do lactente. In: CARVALHO, M. e TAVARES, E. *Amamentação. Bases científicas*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Capítulo 13.
- ALMEIDA, N., et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. In: *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha]. 2005. Vol. 13, nº 1. [Consult. 2016-06-08]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000100009>.
- ALVAREZ-BURON, E. e ARNEDILLO-SÁNCHEZ, M. Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. In: *Rev. Matronas profesión*. [Em linha]. 2010. Vol. 11, nº2, pp. 64-68. [Consult. 2016-05-08]. Disponível em: <https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>
- AMATO, M., HOWALD, H., MURALT, G. Interruption of breast-feeding versus phototherapy as treatment of hyperbilirubinemia in full term infants. In: *Helv Paediatr Acta*. [Em linha]. 1985. Vol. 40, nº 2-3, pp. 127-131. [Consult. 2016-05-28]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=71d8e67e-17f7-41af-82c2-cdd0a3d1eff6%40sessionmgr4004&hid=4112&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1l aG9zdC1saXZl#AN=3843244&db=mnh>
- AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS SUBCOMMITTEE ON HYPERBILIRUBINEMIA. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation (published correction appears in Pediatrics). In: *Pediatrics*. [Em linha]. 2004. Vol. 114, nº1, pp. 297-316. [Consult. 2016-05-16]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/1/297>
- AMORIM, M., PORTO, A. e SOUZA, A. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. In: *Femina*. [Em linha]. Novembro 2010. Vol. 38, nº11. [Consult. 2016-07-06]. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf
- ARAÚJO, D., PEREIRA, N., e KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de

Janeiro, 2007. Vol. 23, nº4, pp. 747-756. [Consult. 2016-03-31]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n4/01>

- ARTEAGA GALO BARDES, D. e SERRANO MONZÓ, I. Asistencia a la mujer con problemas de salud en el puerpério (I): hemorragias posparto. In: *Revista Matronas Profesión*. [Em linha]. 2003. Vol.4, nº11, pp. 26-29. [Consult. 2016-01-15]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7374/173/asistencia-a-la-mujer-con-problemas-de-salud-en-el-puterperio-i-hemorragias-posparto>
- ASKIN, D. e WILSON, D. Problemas de Saúde de Neonatos. In: HOCKENBERRY, M. *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª Edição. Brasil: Elsevier, 2006. Cap. 9.
- AYRES-DE-CAMPOS, D., et al. SisPorto 4.0 – computer analysis following the 2015 FIGO Guidelines for intrapartum fetal monitoring. In: *The journal of maternal-fetal et neonatal medicine*. [Em linha]. Porto, 2015. Vol. 131, nº1, pp.13-24. [Consult. 2016-06-14]. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/14767058.2016.1161750?redirect=1>
- AYRES-DE-CAMPOS, D., SPONG, C. e CHANDRAHARAM, E. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. In: *International Journal of gynecology obstetrics*. [Em linha]. 2015. Vol. 131, nº1, pp.13-24. [Consult. 2016-06-14]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(15\)00395-1/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00395-1/fulltext)
- AYRES-DE-CAMPOS, D. Distocia de Ombros – Atuação Clínica. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 82
- AYRES-DE-CAMPOS, D. e GORGAL, R. Resolução médica da gravidez inviável no 1º trimestre em internamento. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 15.
- AZCÚE AMÓSTEGUI, J., et al. Incontinencia urinária y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. In: *Rev. Med. Univ. Navarra*. [Em linha]. 2004. Vol. 48, nº4, pp. 18-31. [Consult. 2016-07-06]. Disponível em: <http://www.akot.com.ar/cokiba/talleres/2015/core/files/7%20aspiracion%20diafragma%C3%A1tica%20e%20incontinencia.pdf>
- BARROS, M. e AYRES-DE-CAMPOS, D. Trabalho de parto estacionário. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 76.
- BASIL, M. e HANOUDI, C. Effect of feeding type on efficacy of phototherapy in neonatal non-haemolytic hyperbilirubinaemia. In: *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. [Em linha]. 2013. Vol. 3, nº4, pp. 91-95. [Consult. 2015-11-06]. Disponível em: <http://article.sapub.org/pdf/10.5923.j.ajmms.20130304.06.pdf>
- BECK, S., et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. In: *Bull World Health Organ*. [Em linha]. Switzerland, 2010. Vol. 88, nº 1, pp. 31-38. [Consult. 2016-03-24]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862010000100012>
- BERTINI, G., et al. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice?. In: *Pediatrics*. [Em linha]. 2001. Vol. 107, nº 3. [Consult. 2016-05-20]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/3/e41.long>
- BHUTANI V, JOHNSON, L. e SIVIERI, E. Predictive ability of a predischage hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term

- and near-term newborns. In: *Pediatrics*. [Em linha]. 1999. Vol. 103, nº1, pp. 6-14. [Consult. 2016-05-06]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/1/6bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574503&indexSearch=ID>
- BITTAR, R. e ZUGAIB, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. In: *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Em linha]. Brasil, 2009. Vol. 31, nº 8, pp. 415-422. [Consult. 2016-02-10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a08.pdf>
 - BOTELHO, L., CUNHA, C. e MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. In: *Revista eletrônica gestão e sociedade*. [Em linha]. 2011. Vol.5, nº11, pp. 121-136. [Consult. 2016-05-15]. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/viewFile/1220/906>
 - BOWLBY, J. Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression. *The Hogarth Press and the Institute*. London, 1980. Volume III.
 - BRANDEN, P. Assistência materna domiciliar. In: *Enfermagem Materno-infantil*. 2ª Edição. Cheshire, Con.: Reichmann & Affonso Editores, 2000. pp. 479-491
 - BRANDEN, P. Enfermagem materno-infantil. 2ª Edição. Rio de Janeiro. Reichman & Affonso, 2000.
 - BRAZELTON, T.B. Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar Editores, 1992.
 - BROOME, M. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B., KNAFL, K. *Concept development in nursing*. [Em linha]. London, 2000. Cap. 13, pp. 231-250. [Consult. 2016-05-15]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/238248432_Integrative_literature_reviews_for_the_development_of_concepts
 - BUITER, H. et al. Neonatal jaundice and stool production in breast- or formula-fed term infants. In: *European Journal of pediatrics*. [Em linha]. 2008. Vol. 167, nº5, pp. 501-507.
 - BULBUL, A., et al. Evaluation of risk factors for development of severe hyperbilirubinemia in term and near term infants. In: *Pak J Med Sci*. [Em linha]. 2014. Vol. 30, nº5. [Consult. 2015-11-15]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2668621/>
 - BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. In: *J. Perinat. Neonatal Nurs*. [Em linha]. 2010. Vol 24, n. 3, pp. 215-228. [Consult. 2016-05-15]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/45583671_Active_Versus_Expectant_Management_of_the_Third_Stage_of_Labor_and_Implementation_of_a_Protocol
 - CALIL, V. e FALCÃO, M. Composição do Leite Humano. In: FEFERBAUM, R. E FALCÃO, M. *Nutrição do recém-nascido*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. Capítulo 17.
 - CAMPOS, R. Processo gravídico, parto e prematuridade. Análise Psicológica. Lisboa, 2000. Vol. 18, nº1,. Pp. 15-35
 - CANNIZZARO, D. e PALADINO, M. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. In: *Anestesia, Analgesia y Reanimación*. [Em linha]. 2011. Vol. 24, nº2, pp.

- 59-74. [Consult. 2016-01-16]. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v24n2/v24n2a04.pdf>
- CANTILINO, A., et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. In: *Rev. Psiq. Clín.* [Em linha]. 2010. Vol. 37, nº6, pp. 278-84. [Consult. 2015-10-17]. Disponível em: <https://xa.yimg.com/kq/groups/19749808/1798019599/name/Transtornos+Psiqui%C3%A1tricos+P%C3%B3s-Parto.pdf>
 - CARDOSO, A. Tornar-se mãe, tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais. Porto, 2011. Tese de Doutoramento.
 - CARROLI, G. e BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2007. Nº4. [Consult. 2016-06-06] Disponível em: http://apps.who.int/wholibrary/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/cd000081/es/
 - CARVALHO, J., et al. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. In: *Rev. Rene. Fortaleza*. [Em linha]. 2009. Vol. 10, nº3, pp. 125-131. [Consult. 2016-07-01]. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13643/1/2009_art_jblcarvalho.pdf
 - CHANTRY, C., et al. Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intrapartum fluid balance. In: *Pediatrics*. [Em linha]. 2011. Vol. 127, nº9, pp. 171-179. [Consult. 2016-06-27]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21173007>
 - CHICK, N. e MELEIS A. *Transition: a nursing concern*. In: *CHINN, P. Nursing research Methodology*. [Em linha]. Aspen, 1986. pp. 237-257. [Consult. 2015-12-01]. Disponível em: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
 - CIPE. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. Lisboa, 2011. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
 - COLMAN, L. e COLMAN, A. *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 1994.
 - CONDE, A. e FIGUEIREDO, B. Ansiedade na Gravidez: Implicação para a Saúde e Desenvolvimento do Bebê e Mecanismos Neurofisiológicos Envolvidos. In: *Acta Pediatría*. [Em linha] Porto, 2005. Vol.36, nº1, pp. 41-49. [Consult. 2016-02-10]. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4846/3646>
 - CONDE-AGUDELO, A. e ROMERO, R. Vaginal progesterone to prevent preterm birth in pregnant women with a sonographic short cervix: clinical and public health implications. In: *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. [Em linha] Feb., 2016. Vol. 214, nº2 ,pp. 235-246. [Consult. 2016-04-14]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=29877430-416d-4857-aac0-35c894219a3a%40sessionmgr198&hid=101&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=26450404&db=mnh>
 - CONSENSO SOBRE CONTRACEPÇÃO. Estoril, 15 de janeiro 2011. Edições Frist News, 2011
 - CORRÊA, C., PIMENTA, C.. Princípios do tratamento da dor. In: FIGUEIRO, J., ANGELOTTI, G. e PIMENTA, C. *Dor e saúde mental*. São Paulo: Atheneu, 2005. pp. 41-50.

- COSTA, A., et al. Ameaça de parto pré-termo. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 29.
- CUNNINGHAM, F., et al. *Obstetrícia de Williams*. 23ª edição. Brasil : Mcgraw-Hill Interamericana, 2011.
- DAWOOD, F., DOWSWELL, T. e QUENBY, S. Líquidos intravenosos para la reducción de la duración del trabajo de parto en pacientes nulíparas de bajo riesgo. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2013. [Consult. 2016-06-27]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/es/CD007715/liquidos-intravenosos-para-la-reduccion-de-la-duracion-del-trabajo-de-parto-en-pacientes-nuliparas>
- DE CARVALHO, M., ROBERTSON, S. e KLAUS, M. Fecal bilirubin excretion and serum bilirubin concentrations in breast-fed an bottle-fed infants. In: *J. Pediatr.* [Em linha]. 1985. Vol.107, nº5, pp.786-790. [Consult. 2016-05-16]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4056981>
- DECRETO LEI nº9. DR. I Série. Nº44 (04-03-2009).
- DE CUETO LÓPEZ, M. Estreptococo grupo B y embarazo. In: *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. [Em linha]. 2005. Vol.29, nº5. [Consult. 2016-07-04]. Disponível em: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_5EstreptococoGrB.pdf
- DE OLIVEIRA, S. *Comparação do tempo de aplicação da bolsa de gelo para o alívio da dor perineal após o parto normal: ensaio clínico randomizado*. São Paulo, 2009. Tese concurso livre docência.
- DEVANE, D., et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour Ward for assessment of fetal wellllbeing. In: *Cochrane Database Syst Rev*. [Em linha]. 2012. [Consult. 2016-05-16]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22336808>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. Circular Normativa nº 001/2010.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Ministério da Saúde. Lisboa: novembro de 2015.
- DUCIA-SOARES, J. Hipotensão ortostática: o estado da arte. In: *Medicina Interna*. [Em linha]. 2001, vol. 8, nº2, pp. 80-88. [Consult. 2016-04-21]. Disponível em: <http://www.lifegroup.com.br/Fichamento%2004.pdf>
- FARIA, J., GODINHO, C. e RODRIGUES, M. Miomas uterinos-revisão da literatura. In: *Acta Obstet. Ginecol. Port.* [Em linha]. 2008. [Consult. 2016-01-20]. Vol. 2, nº3, pp. 131-142. Disonível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_296.pdf
- FERNANDES, S. *Transição para a maternidade: contributo dos recursos de informação para o desenvolvimento das competências parentais*. Porto, 2012. Tese de mestrado.
- FERNANDES, J., MACHADO, M. e OLIVEIRA, Z. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. In: *An. Bras. Dermatol.* [Em linha]. 2011. Vol. 86, nº1, pp. 102-110. [Consult. 2016-01-16]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000100014>
- FERNANDES, J., MACHADO, M., OLIVEIRA, Z. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas-Parte II. In: *An. Bras. Dermatol.* [Em linha]. 2009. Vol.

84, nº1, pp. 47-54. [Consult. 2015-11-09]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n1/a07v84n1.pdf>

- FERRARI A., PICCININI C. e LOPES R. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. In: *Psicologia em Estudo*. [Em linha]. Maio-Agosto, 2007. Vol. 12, nº2, pp. 305-313. [Consult. 2016-02-13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a11>
- FRASER, D. e COOPER, M. Assistência Obstétrica: Guia Prático para Enfermagem. 1ª Edição. Brasil: Elsevier, 2010.
- GÁLVEZ RODRÍGUEZ, M., MARTÍNEZ ALONSO, L., e FERNÁNDEZ SORIANO, M. Gestación de riesgo. In: *Obstetricia avanzada para residentes de matrona*. [Em linha]. Almeria, 2013. Vol. 1. [Consult. 2016-03-22]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Rafael_A_Caparrosgonzalez/publication/259951205_ADVANCED OBSTETRICS FOR MIDWIFERY STUDENTS OBSTETRICIA AVANZADA PARA RESIDENTES DE MATRONA/links/0c96052eaa7e072cd7000000.pdf#page=28](https://www.researchgate.net/profile/Rafael_A_Caparrosgonzalez/publication/259951205_ADVANCED Obstetrics FOR MIDWIFERY STUDENTS OBSTETRICIA AVANZADA PARA RESIDENTES DE MATRONA/links/0c96052eaa7e072cd7000000.pdf#page=28)
- GARCIA HERNANDEZ, J., MARTIN JIMENEZ, A. e RAMIREZ GARCIA, O. Concepto de riesgo elevado y su detección. In: CABERO ROURA, L. e CABRILLO RODRÍGUEZ, E. *Tratado de obstetricia y medicina de la reproducción*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003.
- GAUNEKAR, N., et al. Maintenance therapy with calcium channel blockers for preventing preterm birth after threatened preterm labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2013. [Consult. 2016-03-25]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004071.pub3/epdf>
- GELMETTI, C. Skin cleansing in children. In: *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* [Em linha]. 2001. Vol. 15, nº1, pp. 12-15. [Consult. 2016-01-16]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11720072>
- GERMAIN, B. e VIVES, N. La movilidad de la pelvis en el expulsivo. In: *matronas profesión*. [Em linha]. 2010. Vol.11, nº1. [Consult. 2016-07-06]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/13267/173/la-movilidad-de-la-pelvis-en-el-expulsivo>
- GIUGLIANI, E. Problemas comuns na lactação e seu manejo. In: *Jornal de Pediatria*. [Em linha]. 2004, Vol. 80, pp. 147-154. [Consult. 2015-10-17]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n5s0/v80n5s0a06.pdf>
- GOMES, N., TEIXEIRA, J. e BARICHELLO, E. Cuidados ao recém-nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. In: *Revista eletrônica de enfermagem*. [Em linha]. 2010. Vol. 12, nº 2, pp. 337-341. [Consult. 2015-11-16]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a18.htm
- GOMES, R., et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. In: *Rev. Latino-am Enfermagem*. [Em linha]. 2001. Vol. 9, nº4, pp.62-67. [Consult. 2016-02-10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11485.pdf>
- GÓMEZ PAPÍ, A. Inconvenientes de la lactancia artificial. In: COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. [Em linha]. Madrid, 2004. Capítulo 6. [Consult. 2016-04-10]. Disponível em:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

- GÓMEZ-ORTIZ, M., et al. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. In: *Revista Matronas Profesion.* [Em linha]. 2014. Vol. 15, pp. 10-17. [Consult. 2016-02-23]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=15&sid=5f9a26c3-1707-4eb5-986d-7e577a788f24%40sessionmgr115&hid=110&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=lth&AN=96680960>
- GOURLEY, G., KREAMER, B. e AREND, R. The effect of diet on feces and jaundice during the first 3 weeks of life. In: *Gastroenterology.* [Em linha]. 1992. Vol.103, nº2, pp. 660-667. [Consult. 2016-05-16]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1634081>
- GOURLEY, G.R., et al. A controlled, randomized, double-blind trial of prophylaxis against jaundice among breastfed newborns. In: *Pediatrics* [Em linha]. USA, 2005. Vol 116, nº 2, pp. 385-391. [Consult. 2016-05-28]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061593>
- GREGORY, M., MARTIN, C. e CLOHERTY, J. Hiperbilirrubinemia neonatal. In: CLHOHERTY, J. *Manual de neonatologia.* 7ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda., 2015. Capítulo 26.
- GUILLEBAUD J. Other reversible methods. Fertility awareness and methods for natural regulation of fertility. In: GUILLEBAUD J. *Contraception Today, Informa Health Care.* Londres, 2007.
- GUIMARÃES, A., GOUVEIA, A. e PEREIRA, J. Tocólise. In: *Protocolos de medicina materno-fetal.* 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 30.
- GUIMARÃES, M., MOUCHO, M., e GOMES, J. Rotura Prematura de membranas. In: *Protocolos de medicina materno-fetal.* 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 33.
- GULCAN, H., TIKER, F. e KILICDAG, H. Effect of feeding type on the efficacy of phototherapy. In: *Indian Pediatr.* [Em linha]. 2007. Vol. 44, nº1, pp. 32-36. [Consult. 2015-11-28]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17277429>
- HAN, S., CROWTHER, C. e MOORE, V. Magnesium maintenance therapy for preventing preterm birth after threatened preterm labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Em linha]. 2013. Vol. 5. [Consult. 2016-03-25]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD000940.pub2>
- HANOUDI, B. Effect of feeding type on efficacy of phototherapy in neonatal non-haemolytic hyperbilirubinaemia. In: *American Journal of Medicine and Medical Sciences.* [Em linha]. Iraq, 2013. Vol. 3, nº4, pp.91-95. [Consult. 2016-12-10]. Disponível em: <http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20130304.06.html>
- HARRIS, B., et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. In: *Br Med J.* [Em linha]. 1994. Vol. 308, pp. 949-53. [Consult. 2015-02-24]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/308/6934/949>
- HENDRICK, V., ALTSHULER, L. e SURI, R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. In: *Psychosomatics* [Em linha]. 1998. Vol. 39, nº2, pp. 93-101. [Consult. 2016-02-24]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9584534>

- HENRIQUES, M. e RODRIGUES, S. Prevenindo vulnerabilidades: implementação de um projecto de preparação para o parto e parentalidade na Comunidade. In CARVALHO, F.; CAETANO, A. *Vulnerabilidades na Gravidez e no pós-parto, Contributos*. [Em linha]. 2010. pp. 39-45 [Consult. 2016-06-06] Disponível em: <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>.
- HERNÁNDEZ, M., JIMÉNEZ, C., e WOHLMUTH, R. Pérdida de peso corporal en recién nacidos con bajo riesgo perinatal durante su estancia en la unidad neonatal de un centro de tercer nivel. In: *Anales médicos*. [Em linha]. 2012. Vol. 57, nº3, pp.178-184. [Consult. 2016-03-25]. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc123b.pdf>
- HERRERA, B., et al. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. In: *Matronas Prof.* [Em linha]. 2006. Vol. 7, nº1, pp. 27-33. [Consult. 2016-06-27]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/284/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/619/rclang/es-ES/filename/vol7n1pag27-33.pdf>
- HOCKENBERRY, M., WILSON, D., e BARRERA, P. Implementing Evidence-Based Nursing Practice in a Pediatric Hospital. In: *Pediatr Nurs.* [Em linha]. 2006. Vol.32, nº4, pp. 371-377. [Consult. 2016-04-29]. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/543728_print
- JOHNSON & JOHNSON. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé. Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. In: *Revista Matronas Prof.* [Em linha]. 2013, vol. 14, Supl. 4, pp. 1-50. [Consult. 2016-02-23]. Disponível em: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c-4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso_DEF.pdf
- LAVENDER, T., HART, A. e SMYTH, R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. In : *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2012. Vol. 15, nº8. [Consult. 2016-06-04]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895950>
- LEVY, L e BÉRTOLO, H. *Manual de aleitamento materno*. Edição 2008, Lisboa, Portugal: Comité Português para a UNICEF.
- LIN, Y., et al. The impact of breast-feeding on early neonatal jaundice. In: *Clinical neonatology*. [Em linha]. Vol. 15, nº1, 2008
- LÓPEZ GARCÍA DE MADINABEITÍA, A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. In: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. [Em linha]. Madrid, 2011. Vol. 31, nº1, pp. 53-70. . [Consult. 2016-03-24]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000100005&script=sci_arttext
- LOWDERMILK, D. e PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures, Lusodidacta, 2008.
- LUÍS, S., COSTA, M.G., CASTELEIRO, C. Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: um estudo de revisão. In: *Millenium*. [Em linha]. 2014. Vol. 47, pp. 33-46. [Consult. 2015-11-11]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/4.pdf>
- MAISELS, M. Managing the jaundiced newborn: a persistent challenge. In: *CMAJ*. [Em linha]. Canada, 2015. Vol. 187, nº 5.

- MAISELS, M. The natural history of jaundice in predominantly breastfed infants. In: *American Academy of pediatrics*. [Em linha]. Illinois, 2014. Vol. 134, nº2.
- MAMEDE, F., ALMEIDA, A., e CLAPIS, M. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. In: *Acta Scientiarum. Health Sciences*. [Em linha]. 2004. Vol. 26, nº2, pp. 295-302. [Consult. 2016-06-16]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1580/932>
- MAMEDE, F., et al. El dolor durante la fase activa del trabajo de parto: el efecto de deambulaci3n. In: *Rev. Latino-am Enfermagem*. [Em linha]. 2007. Vol. 15, nº6. [Consult. 2016-06-17]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_15.pdf
- MANTEROLA, C. e ZAVANDO, D. C3mo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios cl3nicos. In *Rev. Chil. Cir.* [Em linha]. 2009. Vol.61, nº6, pp. 582-595. [Consult. 2016-05-29]. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000600017
- MARINHO, C. e LEAL, I. Os profissionais de sa3de e o aleitamento materno: Um estudo explorat3rio sobre as atitudes de m3dicos e enfermeiros. In: SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SA3DE. *Psicologia, Sa3de & Doen3as*. [Em linha]. Lisboa, 2004. Vol.5, n.º1, pp. 93-105. [Consult. 2016-06-04]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a07.pdf>
- MART3N DE MAR3A, S. Sexualidad en el puerp3rio. In: *Revista Matronas profesi3n*. [Em linha]. 2001. Vol. 2, nº4, pp. 9-14. [Consult. 2015-10-16]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/rs/510/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c03/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol2n4pag9-14.pdf>
- MART3NEZ GALIANO J. e DELGADO RODR3GUEZ, M. Contribuci3n de la educaci3n maternal a la salud maternoinfantil. Revisi3n bibliogr3fica. In: *Matronas Prof.* [Em linha]. 2014. Vol. 15, nº4, pp. 137-141. [Consult. 2016-06-08]. Disponível em: <https://medes.com/publication/95236>
- MARTINEZ FORTE, S., ENRIQUEZ RODR3GUEZ, I. e VALDERA SIMBRON, C. Problemas hemorr3gicos de la gestaci3n. In: *Obstetricia avanzada para residentes de matrona*. [Em linha]. Almeria, 2013. Vol. 1. Capitulo 2. [Consult. 2016-03-22]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_A_Caparrosgonzalez/publication/259951205_ADVANCED Obstetrics_for_Midwifery_Students_Obstetricia_Avanzada_Para_Residentes_De_Matrona/links/0c96052eaa7e072cd7000000.pdf#page=28
- MART3NEZ-GALIANO, J. Prevenci3n de las hemorragias posparto com el manejo activo del alumbramiento. In: *Revista matronas*. [Em linha]. 2009. Vol. 10, nº4, pp. 20-26. [Consult. 2016-02-16]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/rs/642/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a39/filename/vol10n4pag20-26.pdf>
- MARTINS, C., ABREU, W. e BARBIERI DE FIGUEIREDO, M.C. Tornar-se pai e m3e: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Refer3ncia*. [Em linha]. 2014. Vol. 4, nº2, pp. 121-131. [Consult. 2015-10-16]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/R111394>
- MARTINS, H. *Observa3o em enfermagem: Tecnologia para preven3o e controle da hemorragia p3s-parto*. Florian3polis, 2014. Tese de doutoramento.

- MARTINS, C. *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Porto, 2013. Tese de doutoramento.
- MATORRAS, R., et al. Group B Streptococcus and premature rupture of membranes and preterm delivery. In: *Gynecol Obstet Invest*. [Em linha]. 1989. Vol. 27, nº1, pp. 14-18. [Consult. 2016-06-04]. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/Abstract/293607>
- MAUREEN, R. e ENGLAND, C. *Psychology for Midwives*. In: *Pregnancy, Childbirth na Puerperium*. 1ª Edição. New York: McGraw-Hill, 2010.
- MCDONALD, E. BROWN, S. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. In: *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Em linha]. 2013. Vol. 120, nº7, pp. 823-30. [Consult. 2016-02-23]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=384e5043-9879-44a2-b01c-78eb9a1c78f4%40sessionmgr112&hid=110&bdata=Jmxhbm9c9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=23442053>
- MEDEIROS, L. e STEIN, A. Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. In: *Revista AMRIGS*. Porto Alegre, 2002. Vol. 46, nº1,2, pp. 43-46.
- MELEIS, A., et al. *Experiencing transitions: An emerging middle range theory. Advances in Nursing Science*. In: *Transitions theory*. MELEIS, A. New York: Margaret Zuccarini, 2010. Cap. 2., pp.12-28.
- MENDES, A. *Intervenção do enfermeiro na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto*. Lisboa, 2014. Programa de Doutoramento em Enfermagem.
- MESA DO COLEGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (MCEESMO). Parecer Nº3 / 2010.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Manual Básico de Obstetricia y Ginecologia*. Ed. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2014, Madrid.
- MONFORTE, M. e MINEIRO, A. As Vivências da mulher durante a gravidez. In: *Maternidade nursing*. [Em linha]. 2006, pp. 17-23. [Consult. 2016-02-08]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.10/391>
- MONTEIRO, S., et al. Rastreo e prevenção do parto pré-termo. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 32.
- MONTENEGRO, B. e REZENDE-FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2007.
- MOREIRA, C. RAMALHO, C., GUIMARAES, M. Abortamentos de repetição. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014.
- MOTTA, C., et al. O pai no parto e apoio emocional. A perspectiva da parturiente. In: *Paideia*. [Em linha]. 2005. Vol.15, nº 30, pp. 105-118. [Consult. 2016-07-01]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>
- MUCHOWSKI, K. Evaluation and Treatment of Neonatal Hyperbilirubinemia. In: *American Family Physician*. [Em linha]. California, 2014. Vol. 89, nº 11, pp. 873-878. [Consult. 2016-05-06]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2014/0601/p873.html>

- NARDIN, J. Cardiotocografia continua (CTG) como una forma de monitoreo electrónico (MEF) para la evaluación fetal durante el trabajo de parto: Aspectos prácticos de la BSR (última revisão: 9/01/2007). In: *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. [Em linha]. Ginebra, 2007. [Consult. 2016-06-16]. Disponível em: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/jnguide/es/index.html
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). The guidelines manual 2009. 2009.
- NETO, A. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. In: *Arquivos médicos Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo*. [Em linha]. 2011. Vol. 56, nº3, pp.158-168. [Consult. 2016-06-08]. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/AR09.pdf>
- NEVES, J. Contraceção exclusiva com progestativos. In: *Contraceção*. Lisboa: LIDEL-Edições técnicas, Lda., 2013. Capítulo 10, pp.95.
- NEVES, J. Contraceção no pós-aborto e no pós-parto. In *Contraceção*. Lisboa: LIDEL-Edições técnicas, Lda., 2013. Capítulo 18, pp.219.
- NICE. Cuidados puerperales rutinarias para las mujeres y sus bebés. London: julio 2006. <http://comaresdebalears.es/webroot/files/publicaciones/9/NICE-CuidadosPuerperales.pdf>
- O'KEANE, V., et. Al. Changes in the Maternal Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis During the Early Puerperium may be Related to the Postpartum 'Blues'. In: *Journal of Neuroendocrinology*. [Em linha]. 2011. Vol. 23, pp. 1149-1155. [Consult. 2015-10-17]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f735bbcb-0efc-4ec5-a3ab-4a13c9e2b385%40sessionmgr198&vid=16&hid=123>
- OCHOA, J. e RESTREPO, J. Uso del amnioscopio en embarazadas con trabajo de parto activo para valoración del meconio y edad gestacional. In: *Revista CES Medicina*. [Em linha]. 1991. Vol.5, nº5, pp. 61-66. [Consult. 2016-06-22]. Disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>
- OLIVEIRA, S., et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. In: *Cogitare Enferm*. [Em linha]. 2009. Vol. 14, nº1. [Consult. 2016-07-01]. Disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>
- OLIVEIRA, T., et al. Avaliação do Risco de parto prematuro: teste da fibronectina fetal e medida do colo uterino. In: *RBGO*. [Em linha]. 2000. Vol. 22, nº10, pp.633-639. [Consult. 2016-02-10]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Corintio_Mariani-Neto/publication/262780005_Evaluation_of_Risk_for_Preterm_Delivery_by_Fetal_Fibronectin_Test_and_Measurement_of_Uterine_Cervix/links/55cc9a2908aeca747d6c30fc.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Assembleia de Colégio da Especialidade (2010-09-11). Lisboa: 20 de novembro de 2010.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. [Em linha]. Ginebra, 2002. [Consult. 2016-07-27] Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10). 1992.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. In: *Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014*. [Em linha]. [Consult. 2016-06-27] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200213/1/WHO_RHR_15.05_spa.pdf
- OSORIO-CASTAÑO, J. e BOTERO-ORTIZ, B. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. In: *Invest Educ Enferm*. 2012. Vol 30, nº3, 2012. pp. 390-397.
- OVIEDO LUGO, G, JORDÁN MONDRAGÓN, V. Trastornos afectivos posparto. In: *Universitas médica*. [Em linha]. 2006, vol. 47, nº2, pp. 121-131. [Consult. 2015-10-17]. Disponível em: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/3%20Transtorno%20posparto.pdf>
- PEREIRA, M. *Aleitamento Materno*. Loures : Lusociência, 2006.
- PEREIRA, R., CECATTI, J. e OLIVEIRA, A. Dor no trabalho de parto: fisiologia e o papel da analgesia peridural. In: *Rev. Ciênc. Méd. Campinas*. [Em linha]. 1998. Vol.7, nº3, pp.7984. [Consult. 2016-06-08]. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1357/1331>
- POMPEO, D., ROSSI, L., e GALVÃO, C., 2009. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. In: *Acta Paul Enferm*. [Em linha]. 2009. Vol. 22, nº.4, pp. 434-438. [Consult. 2016-05-15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>
- PORTO, A., AMORIM, M. e SOUZA, A. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. In: *Femina*. [Em linha]. 2010. Vol. 38, nº10. [Consult. 2016-06-18]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->
- PUIG, G. e SGUASSERO, Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario da BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). In: *Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Em linha]. 2007. [Consult. 2016-06-18]. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/>
- RAMALHO, C. Vigilância de rotina na gravidez de Baixo Risco. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 2.
- RAMOS, A. Icterícia do recém-nascido; aspectos atuais. In: *revista faculdade de ciência médica de Sorocaba*. [Em linha]. São Paulo, 2002. Vol. 4, nº 1-2, pp.17-30. [Consult. 2015-11-16]. Disponível em: revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/.../35
- REGAN, J., et al. Colonization with group B streptococci in pregnancy and adverse outcome. VIP Study Group. In: *AM J Obstet Gynecol*. [Em linha]. 1996. Vol. 174, nº4, pp. 1354-1360. [Consult. 2016-07-01]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8623869>

- REGO, J. O. Papel do Pai na Amamentação. In: ISSLER, H. *O Aleitamento Materno no Contexto Atual: políticas, práticas e bases científicas*. São Paulo: SARVIER, 2008.
- RELVAS, A. *O Ciclo Vital da Família*. 3ª Edição, Porto, Portugal: Edições Afrontamento, 2006.
- RENGEL, C. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. In: *Enfermería Docente*. [Em linha]. España, 2010, Vol. 91, pp. 37-43. [Consult. 2016-03-30]. Disponível em: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>
- RESNIK, R. The puerperium. In: CREASY, R, et al. *Maternal-fetal medicine: Principles and practice*. 5ª ed. Philadelphia: Saunders, 2004.
- REYNOLDS, A., et al. Influência de três medidas organizativas na redução da taxa de cesarianas de um hospital de apoio perinatal diferenciado. In: *Acta Med. Port.* [Em linha]. Porto, 2004, nº17, pp.193-198. [Consult. 2016-06-05]. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1088/753>
- RIBES BAUTISTA, C. e MORAGA LLOP, F. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. In: LLOP, F. *Protocolos de Dermatología. 2ª Edición*, [Em linha]. 2007, pp. 309-315.. [Consult. 2015-11-10]. Disponível em: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rn_benignastransitorias_0.pdf
- RODRÍGUEZ MIGUÉLEZ, J. e FIGUERAS ALOY, J. Ictericia neonatal. In: *Protocolos diagnóstico terapêuticos de la AEP: Neonatología*. [Em linha]. 2ª Edição. España. Protocolo 38. 2008. [Consult. 2016-05-06]. Disponível em: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatalogia>
- ROGERS, RG., et al. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? In: *J Midwifery Womens Health*. [Em linha]. 2009, vol. 54, nº2, pp. 98-103. [Consult. 2016-02-23]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19249654>
- ROMERO MARTÍNEZ, J. e PRADO AMIÁN, A. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. In: *matronas profesion*. [Em linha]. 2002. Vol. 8, pp.3339. [Consult. 2016-07-06]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7536/173/episiotomia-ventajas-e-inconvenientes-de-su-uso>
- ROZAS GARCÍA, M. Problemas tempranos en las mamás durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. In: *Revista Matronas Profesión*. [Em linha]. 2006. Vol. 7, nº 4, pp. 25-27. [Consult. 2016-02-17]. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32947/1/576318.pdf>
- SABILLON, F. Ictericia asociada a la lactancia materna. In: *Honduras pediátrica*. [Em linha]. 1998. Vol. 19, nº2. [Consult. 2015-11-16]. Disponível em: <http://cidbimena.desastres.hn/RHP/pdf/1998/pdf/Vol19-2-1998-9.pdf>
- SANCHES, M. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. In: *Jornal de Pediatria*. [Em linha]. 2004. Vol. 80, nº5. [Consult. 2016-02-16]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700007
- SÁNCHEZ CASAL, M. Episiotomía versus Desgarro. Revisión de las evidencias científicas. In: *Enfermería Docente*. [Em linha]. 2012. Vol. 97, pp. 27-32. [Consult. 2016-04-16]. Disponível

em:<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-97-09.pdf>

- SÁNCHEZ ANTÓN, M., CRUZ MOYA, C. e GALINDO ASENSIO, A. Amenaza de parto prematuro. In: *Obstetricia avanzada para residentes de matrona*. [Em linha]. Almeria, 2013. Vol. 1. Capitulo 22. [Consult. 2016-03-22]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_A_Caparrosgonzalez/publication/259951205_ADVANCED Obstetrics FOR MIDWIFERY STUDENTS OBSTETRICIA AVANZADA PARA RESIDENTES DE MATRONA/links/0c96052eaa7e072cd7000000.pdf#page=28
- SANTOS, A., e SOUZA, K. O sentimento do toque vaginal para parturiente durante a assistência no pré-parto. In: VI congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal. [Em linha]. Brasil. 24-26 Junho 2009. [Consult. 2016-06-08]. Disponível em: <http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/O%20Sentimento%20do%20Toque%20Vaginal%20para%20Parturiente%20durante%20a%20assist%C3%Aancia%20no%20pr%C3%A9%20parto.pdf>
- SANTOS, C., PIMENTA, C. e NOBRE, M. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. In: *Revista Latino-am de enfermagem*. [Em linha]. 2007. Vol. 15, nº3, pp. 508-511. [Consult. 2016-05-15]. Disponível em: <http://andre.sasse.com/mbe/semana2/question.pdf>
- SANTOS, R., et al. Vigilância de rotina no puerpério de parto vaginal. In: *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014. Protocolo 89.
- SANZ IRIONDO, M., et al. Ansiedad en el embarazo de alto riesgo. In: *Ansiedad, Trastornos de Interpsiquis 2014*. 15º Congreso Virtual de Psiquiatria. [Em linha]. Fevereiro, 2014. [Consult. 2016-02-10]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10401/6314>
- SANZ IRIONDO, M., et al. Reanimación neonatal. In: Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Neonatología. [Em linha]. 2ª edição. 2008. Protocolo 13. [Consult. 2016-06-21]. Disponível em: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
- SAPRA, K., et al. Signs and symptoms associated with early pregnancy loss: findings from a population-based preconception cohort. In: *Oxford Journals*. [Em linha]. USA, 2016. Vol. 31, nº 31, pp. 887-896. [Consult. 2016-03-22]. Disponível em: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/31/4/887.short>
- SCHNEIDER A. Breast milk jaundice in the newborn-a real entity. In: *JAMA*. [Em linha]. 1986. Vol. 255, pp. 3270-3274. [Consult. 2016-05-16]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3712679>
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO). Monitorización fetal intraparto. In: *Protocolos SEGO*. [Em linha]. 2005. Vol.48, nº4, pp. 207-216. [Consult. 2016-06-13]. Disponível em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13074125&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=149&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v48n04a13074125pdf001.pdf
- SEGURANYES GUILLOT G. Enfermería maternal. Barcelona: Masson, 2002.

- SILVA, L., et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. In: *Acta Paul Enferm.* [Em linha]. 2011. Vol. 24, nº5, pp. 656-662. [Consult. 2016-06-27]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n5/10v24n5.pdf>
- SIMON, S.M., et al. Leiomiomas uterinos e gravidez. In: *Revista Brasileira de Ginecologia Obstet.* [Em linha]. Brasil, 2005. [Consult. 2016-01-22]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n2/24301.pdf>
- SINGATA, M., TRANMER, J. e GYTE, G. Restricting oral fluid and food intake during labour. In: *Cochrane Database Syst. Revision.* [Em linha]. 2010. Vol.8. [Consult. 2016-06-27]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175539/citedby/>
- SMYTH, R., ALLDRED, S., e MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Em linha]. 2013. Nº1. [Consult. 2016-06-21]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub3/abstract> DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub3
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. Consenso sobre miomas uterinos. 2013.
- SOLDI, A., et al. Neonatal jaundice and human milk. In: *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine.* [Em linha]. 2011. Vol. 24, nº1, pp. 85-87. [Consult. 2015-11-27]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51669827_Neonatal_jaundice_and_human_milk
- SOSA, C., et al. Reposo en cama en embarazo com feto único para prevenir el parto prematuro (Revisión). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Em linha]. 2007. Nº4. [Consult. 2016-03-25]. Disponível em: <http://apps.who.int/whl/reviews/CD003581sp.pdf>
- STERN, D. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- TAN, K. Decreased response to phototherapy for neonatal jaundice in breastfed infants. In: *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* [Em linha]. 1994. Vol. 152, pp. 1187-1190.
- TOMA, T. e REA, M. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. In: *Cad. Saúde Pública.* [Em linha]. Rio de Janeiro. Vol. 24, nº 2, pp. 5253-5246, 2008. [Consult. 2016-05-28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2009. In: *Salud materna y neonatal.* [Em linha]. 2009. [Consult. 2016-05-28]. Disponível em: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/>
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). Estado mundial de la infancia 1995. Barcelona: J & J Asociados, 1995.
- VETTORAZZI, J. et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. In: *Revista HCPA.* [Em linha]. 2012. Vol. 32, nº4, pp. 473-479. [Consult. 2016-01-11]. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/download/32388/23916>
- VIEIRA, C., BRITO, M. e YAZLLE, M. Contracepção no puerpério. In: *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Em linha]. 2008. Vol. 30, nº9, pp. 470-479. [Consult. 2016-04-23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>

- VIEIRA, M., et al. *A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers*. Journal of nursing Scholarship. [Em linha]. 2013. Vol. 45, nº2, pp. 116-125. [Consult. 2015-11-16]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=358071f6-5cc8-4263-a72e-3e20216c4167%40sessionmgr112&hid=123&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=23452043&db=mnh>
- VILLA-GUILLÉN, M., MATA-SANDOVAL, A. e MURGUÍA-DESIERRA, T. Ictericia neonatal I. Fisiopatología, etiología, diagnóstico y encefalopatía bilirrubínica. In: *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. [Em linha]. Vol. 57, nº2. Feb., 2000. [Consult. 2016-05-05]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=5f16ed45-2857-4e96-bbb9-47854b6338ea%40sessionmgr4003&vid=11&hid=4204&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=4796456&db=a9h>
- WILHELM, L., et al. Feelings of women experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. In: *Online Brazilian Journal of Nursing*. [Em linha]. 2015. Vol. 14, nº 3. [Consult. 2016-03-21]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7fd36707-e815-4dc4-8fe0-3dad61b97a74%40sessionmgr198&vid=39&hid=125>
- ZAMORANO-JIMÉNEZ, C., et al. Pérdida de peso corporal y velocidad de crecimiento postnatal en recién nacidos menores de 1.500 gramos durante su estancia en un hospital de tercer nivel de atención. In: *Perinatología y reproducción humana*. [Em linha]. México, 2012. Vol. 26, nº.26, pp. 187-193. [Consult. 2016-05-28]. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a4.pdf>.

